
Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay e bisessuali¹

Vittorio Lingiardi, Nicola Nardelli²

Lo psicologo considera suo dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano e utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità [...].

(Codice deontologico degli psicologi italiani, art. 3)

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

(Costituzione della Repubblica Italiana, art. 3)

Queste linee guida sono dedicate a tutti i professionisti della salute mentale che desiderano approfondire le tematiche teoriche e cliniche legate all'orientamento sessuale e alle persone lesbiche, gay e bisessuali, spesso indicate con l'acronimo LGB. Talvolta, per indicare le altre categorie sessuali o di genere, vengono aggiunte le lettere T (transessuali/transgender), Q (queer), I (intersessuali). Anche se molte delle tematiche che affronteremo possono essere estese a queste altre categorie, qui abbiamo quasi sempre preferito limitare la trattazione alle omosessualità e bisessualità. Riteniamo, infatti, che l'indagine psicologica e sociale non sempre si giovi di raggruppamenti iperinclusivi tendenti a cancellare le specificità di singole categorie (peraltro già riduttive). Anche per questo motivo le declineremo il più delle volte al plurale: *le omosessualità, le bisessualità* (d'altra parte, suggeriamo di declinare al plurale anche *le eterosessualità* e ogni altra categorizzazione sessuale e di genere: *le donne, gli uomini, le femmine, i maschi, le intersessualità, le transessualità*). Riservandoci la possibilità di produrre in futuro linee guida *ad hoc* per la consulenza psicologica e la psicoterapia con gli individui intersessuali, *queer*, transessuali e transgender, riman-

1. Documento approvato dal Consiglio dell'Ordine degli Psicologi del Lazio l'11 febbraio 2013.

2. Gli autori ringraziano Jack Drescher per aver discusso con loro il contenuto di queste linee guida. Jack Drescher è membro della Task Force sui disturbi sessuali e l'identità di genere per il DSM-5 e di quella sui disturbi sessuali e la salute sessuale per l'ICD-11. Insegna al New York Medical College ed è analista di training presso il William A. White Institute di New York. Gli autori ringraziano inoltre Luigi Abbate, Roberto Baiocco, Giorgio Caviglia, Jimmy Ciliberto, Franco Del Corno, Silvia Mazzoni, Paolo Rigliano, Annamaria Speranza e Annalisa Tanzilli per l'attenta lettura e i preziosi consigli nel corso della redazione del testo. Un ringraziamento va anche a Chiara Caristo, Gianfranco Geraci, Viola Rastrelli, Maria Carmela Schiavone, Emiliano Tripodi e Simone Truzzi per aver discusso alcuni temi nel corso degli incontri del Gruppo XYZ.

diamo il lettore a Adelson e American Academy of Child and Adolescent Psychiatry – Committee on Quality Issues, 2012; American Psychological Association Division 44/Committee on Lesbian, 2012; American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009; Drescher, 2007, 2009; Drescher, Byne, 2012, 2013; Drescher, Cohen-Kettenis, Winter, 2012; Shaw, Butler, Langdrige et al., 2012.

Per quanto possibile, la trattazione degli argomenti non privilegerà uno specifico orientamento psicologico/psicoterapeutico né specifici setting (ad esempio, counseling *vs* psicoterapia). Anche per questa ragione abbiamo scelto di utilizzare quasi sempre il termine più generico “utente”, salvo alcuni casi in cui abbiamo utilizzato “paziente” o “cliente”.

L’uso del maschile (“lo psicologo”, “lo psicoterapeuta”, “l’utente”, “il paziente” ecc.) è stato scelto non per perpetuare il sessismo nel linguaggio, ma per motivi di praticità linguistica e per seguire le regole finora in uso della lingua italiana. Vista la loro alta ricorrenza, il testo sarebbe stato appesantito dall’uso di entrambi i generi (“la/lo psicologa/o”, “la/lo psicoterapeuta” ecc.).

PARTE I

Che senso hanno delle linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone gay e lesbiche? C’è forse bisogno di “trattamenti speciali”? Non sono persone come tutte le altre? Psicologi e psicoterapeuti potrebbero anche non conoscere i temi peculiari che le riguardano e limitarsi a un “ascolto rispettoso” (Nissim Momigliano, 2001), cioè libero da pregiudizi. Ma è proprio qui una delle ragioni d’essere di queste linee guida: non di rado l’omosessualità viene ancora considerata un’anomalia, se non addirittura una (psico)patologia. Come emerge da varie ricerche italiane e internazionali, molti professionisti della salute mentale non sono esenti da pregiudizi *negativi* nei confronti degli individui omosessuali e da pregiudizi *positivi* nei confronti di quelli eterosessuali (Bartlett, Smith, King, 2009; Lingiardi, Capozzi, 2004; Lingiardi, Nardelli, 2011). L’approccio all’omosessualità può essere apertamente patologizzante e può subire inconsapevolmente l’influenza degli stereotipi, infrangendo i principi deontologici e inficiando l’efficacia degli interventi. Anche dare per scontata l’eterosessualità di un uomo (“È sposato? Ha una fidanzata?”) o di una donna (“È sposata? Ha un fidanzato?”) può compromettere lo sviluppo di una buona alleanza terapeutica.

Spesso i pregiudizi proliferano tra le lacune di una (in)formazione insufficiente; lacune che, se colmate, ne facilitano il riconoscimento e l’elaborazione. Diviene quindi estremamente importante promuovere la formazione e l’aggiornamento sui temi legati all’orientamento sessuale, assai trascurati, se non maltrattati, dai nostri manuali di psicologia. A livello universitario, ad esempio, è da pochi anni che gli orientamenti sessuali e le identità di genere sono oggetto di trattazioni adeguate sul piano scientifico. Inoltre, nel campo della psicologia dello sviluppo, molti manuali italiani continuano a proporre, eteronormativamente, lo sviluppo eterosessuale come l’uni-

co possibile per l'individuo sano e affrontano ancora l'omosessualità da un punto di vista eziopatogenetico.

In ambito psicologico e psicoterapeutico, delle "Linee guida" possono costituire uno strumento utile nella pratica clinica con utenti lesbiche, gay e bisessuali (LGB). Allo stesso tempo, però, i colleghi sanno bene quanto possano rivelarsi "riduzionistiche", poiché la pratica clinica non può limitarsi a una loro stretta osservanza, né l'ampia portata dell'argomento può esaurirsi con esse. Le Linee guida che proponiamo, nate dall'analisi della letteratura nazionale e internazionale (che sarà riportata solo in parte, non essendo preminentemente bibliografici gli scopi di questa trattazione), dall'esperienza clinica e dal confronto tra colleghi psicologi e psicoterapeuti, dovrebbero essere piuttosto considerate come stimoli, punti di partenza da cui avviare una discussione clinica e scientifica.

Scopo di queste Linee guida è anche quello di colmare, almeno in parte, le lacune di quei manuali di psicologia dello sviluppo di cui parlavamo sopra. Nei prossimi paragrafi descriveremo, infatti, come i bambini e gli adolescenti "non-eterosessuali" si trovino ad affrontare un compito evolutivo supplementare: quello di dover gestire un insieme di affetti e pensieri che non corrispondono alle aspettative sociali di cui sono investiti.

Fatte queste premesse, proponiamo una vignetta clinica per condurre subito il lettore nel vivo dell'argomento. Un ragazzo, in uno dei primi colloqui con uno psicologo: "Ora ho 18 anni... quando ne avevo 15 mi sono masturbato con un mio compagno di scuola. Non ho mai avuto rapporti sessuali con ragazze, da bambino preferivo giocare con le bambine... Insomma ho il terrore di essere gay... Darei ai miei genitori una delusione terribile. Ma secondo lei sono omosessuale?". Che cosa risponderà lo psicologo? Una risposta potrebbe essere: "Forse il nostro compito è proprio quello di cercare insieme una risposta a questa sua domanda". Un'altra potrebbe essere: "Da quello che mi dice è possibile che lei sia omosessuale, ma che non riesca ad accettarlo perché ha interiorizzato il pregiudizio e ha paura di deludere i suoi genitori". Un'altra risposta potrebbe infine essere: "Non si deve preoccupare, è normale che in adolescenza si facciano esperienze come la sua. Questo non vuol dire che lei sia omosessuale". Tra queste ipotetiche risposte, ce n'è una migliore delle altre?

La depatologizzazione dell'omosessualità

Per decenni sull'omosessualità sono state formulate e sostenute teorie scientificamente non dimostrate e non dimostrabili. Teorie che erano la diretta conseguenza di pregiudizi e preconcetti, oppure il prodotto dell'esperienza clinica con pazienti omosessuali condizionati, e a volte deformati, dall'ostilità sociale che avevano interiorizzato. L'idea di un *orientamento* sessuale tendenzialmente stabile e in grado di influenzare lo sviluppo psicologico è figlia della medicina di epoca vittoriana. Lo racconta Michel Foucault nella *Storia della sessualità* (1976-1984), in un famoso passo in cui sottolinea come l'interesse scientifico positivista per la varietà dei comportamenti sessuali abbia implicato "una *specificazione nuova degli individui*. Fino ad allora, la sodomia, quella degli antichi diritti civile o canonico, era un tipo particolare di

atti vietati; il loro autore ne era soltanto il soggetto giuridico. L'omosessuale del XIX secolo, invece, diventa un personaggio: con un passato, una storia, un'infanzia, un carattere, un modo di vivere". Nel passaggio dallo "Stato religioso" allo "Stato terapeutico", ciò che appare *naturale* (l'eterosessualità) finisce con il diventare *normale*, e quindi *normativo*. L'omosessualità maschile non è più solo una pratica immorale, ma anche una condizione psico(pato)logica. Il sodomita non è più solo un peccatore, ma anche il rappresentante di una "specie deviata": gli omosessuali. L'omosessualità femminile, invece, lungi dal non esistere, era totalmente negata anche nel pensiero patologizzante e discriminatorio.

A partire da Sigmund Freud (cfr. Lingiardi, Luci, 2006), che mostrava tuttavia un atteggiamento duplice verso l'omosessualità (da una parte la riteneva una forma di immaturità psichica e di fissazione nello sviluppo psicosessuale, ma dall'altra affermava che "non può essere classificata come malattia" ma come "variante della funzione sessuale", e che l'"inversione" si trova in persone che "altrimenti non rivelano gravi deviazioni dalla norma", "che anche la sessualità normale si fonda su una limitazione nella scelta dell'oggetto" e che "l'impresa di trasformare un omosessuale pienamente sviluppato in un eterosessuale non offre prospettive di successo molto migliori dell'impresa opposta"), fino alla metà del XX secolo la possibilità di un orientamento omosessuale "normale" non viene contemplata. Le teorie sull'orientamento omosessuale erano influenzate erroneamente da una lettura dicotomica dei generi, che spesso portava a confondere e sovrapporre l'orientamento sessuale e l'identità di genere: un uomo omosessuale era "come una donna" (o una "donna mancata") e una donna omosessuale era "come un uomo" (o un "uomo mancato").

La situazione inizia a modificarsi attorno alla metà del XX secolo, quando gli studi di Alfred Kinsey (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin et al., 1953) e di Evelyn Hooker (1957) inaugurano il cosiddetto "processo di depatologizzazione" dell'omosessualità, prendendo in esame popolazioni non cliniche. Kinsey rivoluziona la concezione della sessualità umana facendo emergere, tra l'altro, la molteplicità e le sfumature degli orientamenti sessuali. Hooker conduce un esperimento in cui somministra dei test psicologici a gruppi etero- e omosessuali. Dal confronto dei protocolli, valutati in cieco rispetto all'orientamento sessuale dei partecipanti, non emerge la possibilità di distinguere i due gruppi e quindi di rintracciare indicatori psicopatologici dell'omosessualità.

Ma il cambiamento di rotta più significativo si verifica negli anni Settanta, quando viene avviata una radicale revisione delle teorie che vedevano nell'omosessualità un esito patologico o comunque problematico dello sviluppo psichico, e quando psicologi e psicoanalisti omosessuali (sempre "esistiti", ma in una sorta di "clandestinità") iniziano a parlare di sé (Drescher, 1998a; Isay, 1989; Leli, 2002; Magee, Miller, 1996; Roughton, 2002).

La ricerca sull'omosessualità inizia così a cedere il passo alla ricerca sull'*omofobia* (Weinberg, 1972). La domanda non è più "perché lei è omosessuale?" (una domanda rimasta senza risposta, esattamente come "perché lei è eterosessuale?", anche se raramente formulata), ma "perché lei ha ostilità, paura, disgusto verso l'omosessualità e gli omosessuali?".

Warren Blumenfeld (1992) individua quattro diversi livelli di omofobia: 1) *personale*, che riguarda i pregiudizi individuali verso gay e lesbiche; 2) *interpersonale*, che si manifesta quando le persone traducono in comportamenti i loro pregiudizi; 3) *istituzionale*, che si riferisce alle politiche discriminatorie delle istituzioni (governo, aziende, organizzazioni religiose e professionali ecc.); 4) *sociale*, che si esprime attraverso i comuni stereotipi su gay e lesbiche e l'esclusione di questi dalle rappresentazioni culturali collettive.

L'American Psychiatric Association (APA), oltre a derubricare, nel 1973, l'omosessualità "egosintonica" dal proprio sistema di classificazione dei disturbi mentali (DSM) (cfr. Appendice A), inizia a pronunciarsi anche a favore dei diritti civili delle persone gay e lesbiche in una prospettiva di tutela della loro salute mentale. Nel 1987 è espunta dal DSM anche la variante "egodistonica", poiché si conviene che l'egodistonia sia una conseguenza dall'interiorizzazione dello stigma sociale (infatti, la diagnosi di "omosessualità egodistonica" era priva di basi empiriche ma frutto di un compromesso politico). Le scelte dell'APA hanno un seguito considerevole: nel 1992 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) pubblica la decima edizione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10) in cui non compare più la diagnosi di omosessualità ma, anzi, si ribadisce che l'orientamento sessuale non dev'essere considerato, di per sé, un indicatore psicopatologico; nel 1991 l'American Psychoanalytic Association (APSA) dichiara di deplorare le discriminazioni verso le persone omosessuali e invita gli istituti di psicoanalisi a selezionare i candidati in base alle loro qualità professionali e non al loro orientamento sessuale. Anche psicoanalisti di fama come Roy Schafer (1995), Joyce McDougall (1986, 2001) e Otto Kernberg (1992, 2002) rivedono le proprie teorie ammettendo che erano state influenzate dai pregiudizi e dal contesto socioculturale. Scrive Kernberg:

Lo studio scientifico dell'omosessualità è senza dubbio un classico esempio dell'impatto deleterio che l'ideologia ha avuto sulla ricerca accademica. [...] L'indagine psicoanalitica sull'omosessualità non può sfuggire ai pregiudizi sociali che colpiscono questo argomento e così infatti è successo che nessun ambito della psicoanalisi sia riuscito a sfuggire a tali contaminazioni e conflitti ideologici. (2002, p. 10)

Anche sul piano della pratica clinica avvengono cambiamenti sostanziali. Gli approcci psicoterapeutici, fino a quel momento caratterizzati da modelli che consideravano l'omosessualità una malattia da curare – e che daranno vita alle cosiddette "terapie riparative", inefficaci e dannose, cfr. Appendice B –, cedono il posto a una visione dell'omosessualità come semplice variante non patologica della sessualità umana. Vengono tuttavia riconosciute le ripercussioni negative della stigmatizzazione/discriminazione sociale sui percorsi evolutivi delle persone gay e lesbiche, oltre che l'importanza di un aiuto nell'elaborazione dell'*omofobia interiorizzata* (l'insieme dei sentimenti e atteggiamenti negativi nei confronti della propria omosessualità) e, più in generale, nel far fronte al *minority stress* (l'insieme dei disagi psicologici dovuti all'appartenere a una minoranza, usato in riferimento alle persone omosessuali che sono sottoposte a discriminazioni e pregiudizi di vario ordine e grado; cfr. "Comprendere il minority stress e l'omofobia interiorizzata", p. 246).

Non esiste una sola omosessualità, come non esiste una sola eterosessualità. Allo stesso modo esistono tante forme individuali, sia sane sia patologiche, di vivere o esprimere la sessualità. “Il fatto che la sessualità implichi una compenetrazione di corpi e di bisogni”, scrive Stephen Mitchell (1988, p. 96), “rende le sue infinite variazioni strumenti ideali per rappresentare i desideri, i conflitti e le trattative nelle relazioni con gli altri. Il sesso è un potente organizzatore dell’esperienza”. In altri termini, se gli omosessuali possono essere sani come gli eterosessuali, sia gli uni sia gli altri possono essere affetti da nevrosi, psicosi o altre psicopatologie. I professionisti della salute mentale devono essere quindi consapevoli dei propri pregiudizi – e delle proprie preferenze – verso le omosessualità o le eterosessualità, in modo da essere “sufficientemente rispettosi” per non svalutare o idealizzare, in maniera arbitraria e condizionata dai propri sistemi ideologici e valoriali, l’orientamento sessuale dei pazienti. Nel caso in cui non riescano a mettere da parte i propri pregiudizi, dovrebbero inviare i pazienti a colleghi in grado di farlo.

Atteggiamenti degli psicologi verso le omosessualità

“Se l’omosessualità fosse considerata alla stregua di qualunque altro materiale clinico”, scrive ancora Mitchell (1981), “ci renderemmo conto che le fantasie e i comportamenti omosessuali riflettono una molteplicità di temi e di significati, l’analisi dei quali permette al paziente di operare le proprie scelte, in modo libero rispetto a fattori di influenza espliciti o impliciti”.

Di fatto, però, l’omosessualità non sempre è considerata “alla stregua di qualunque altro materiale clinico”. Dati preliminari tratti da una ricerca sugli atteggiamenti degli psicologi appartenenti a Ordini professionali di varie regioni italiane (Lingiardi, 2012; Lingiardi, Nardelli, 2011)³ mostrano che circa un quarto dei partecipanti non condivide l’affermazione “l’omosessualità è una variante normale della sessualità”. Inoltre, quasi la metà del campione ritiene che l’omosessualità sia dovuta a una mancata identificazione con il ruolo di genere, circa il 60% affronterebbe un paziente con omosessualità egodistonica attraverso un intervento finalizzato a modificare l’orientamento sessuale e solo il 15% ritiene di essere adeguatamente preparato sulle tematiche cliniche e teoriche relative all’omosessualità. D’altro canto, l’85% è favorevole all’approvazione di una legge in Italia che permetta di sancire alle coppie omosessuali la loro unione in ambito civile, meno del 10% considera l’omosessualità un sintomo, meno del 4% una patologia.

3. La ricerca è stata promossa dalla cattedra di “Valutazione Clinica e Diagnosi” del professor Vittorio Lingiardi (“Sapienza”, Università di Roma), in collaborazione con alcuni Ordini degli Psicologi e altre cattedre universitarie. Il campione è attualmente costituito da 2428 partecipanti appartenenti agli Ordini della Campania, del Lazio, del Piemonte e della Puglia. Al momento della stesura di queste Linee guida i dati relativi agli iscritti all’Ordine dell’Emilia-Romagna sono in corso di raccolta. I risultati, compatibilmente con i limiti impliciti in un campione di convenienza e con una numerosità relativamente bassa (ha risposto circa il 10% degli psicologi e psicoterapeuti iscritti agli Ordini sopra elencati) ma sufficientemente eterogeneo rispetto alle caratteristiche demografiche da fornirci un primo quadro dell’orientamento degli psicologi italiani verso l’omosessualità e le persone LGB. Un quadro tuttavia che ci sentiamo di definire “ottimistico”, se consideriamo che le risposte provengono da colleghi relativamente giovani (età media 40 anni) e comunque interessati a partecipare a una ricerca empirica sui loro atteggiamenti.

Questi e altri risultati, insieme a quelli di una ricerca condotta su un campione esclusivamente composto da psicoanalisti (Lingiardi, Capozzi, 2004), indicano che la pratica clinica può essere compromessa dai pregiudizi e dalla cosiddetta *homoi-ignorance*, termine coniato da Abraham Verghese (1994) per indicare la mancanza di conoscenze in tema di omosessualità.

Fortunatamente sembra emergere anche una richiesta di formazione, giacché, stando alla nostra ricerca, il 60% si considera solo parzialmente preparato e il 25% si considera per nulla preparato sulle tematiche cliniche e teoriche relative all'omosessualità. Inoltre, nel 2010, in risposta alla diffusione in Italia delle "terapie riparative", autorevoli rappresentanti del mondo accademico e professionale hanno redatto un documento intitolato "L'omosessualità non è una malattia da curare", pubblicato su internet all'indirizzo www.noriparative.it e sottoscritto da oltre 2000 professionisti nel campo della salute mentale e della formazione (cfr. Appendice C).

Talvolta, alcuni interventi clinici, pur non essendo espressamente definiti come "riparativi", sono comunque caratterizzati da pregiudizi antiomosessuali o da scarsa informazione. A questi atteggiamenti si può aggiungere l'"eterofilia" di quei terapeuti che ritengono l'eterosessualità una condizione comunque preferibile all'omosessualità. Come evidenziano alcuni autori (Brown, 1996; McHenry, Johnson, 1993; Messing, Schoenberg, Stephens, 1984; Peterson, 1996), il terapeuta soggetto a *bias* antiomosessuali sarà incline a:

- fornire un intervento di qualità inferiore;
- minimizzare o esacerbare la rilevanza dell'orientamento sessuale;
- cambiare argomento quando ci si avvicina a tematiche LGB;
- svalutare i vissuti e le esperienze dell'utente;
- ostacolarlo nel fare nuove esperienze (ad esempio, esprimendo giudizi negativi sulla sua vita sessuale);
- "rassicurarlo" rispetto al fatto che non è omosessuale, in quanto non rientra in alcuni "criteri" (definiti arbitrariamente);
- credere o suggerire che l'omosessualità sia una fase che l'utente sta attraversando;
- rinforzare la sua eventuale omofobia interiorizzata;
- incorrere in errori di tecnica e scelte inappropriate;
- perseguire, più o meno consapevolmente, l'obiettivo di modificare l'orientamento sessuale.

In definitiva, tanto più il terapeuta sarà condizionato dai bias antiomosessuali, tanto più tenderà al modello riparativo propriamente detto. Allora, quali sono i "confini" delle cosiddette "terapie riparative"? È difficile stabilirli (cfr. Figura 8.1). Si potrebbero differenziare le seguenti tre tipologie: 1) "terapie riparative" propriamente dette che utilizzano le teorie e/o i metodi promossi dalle associazioni di terapeuti riparativi (ad esempio, il NARTH, fondato, tra gli altri, da Joseph Nicolosi e Charles Socarides nel 1992; cfr. Drescher, 1998b); 2) "terapie" finalizzate alla "conversione eterosessuale" ma che non utilizzano i metodi strutturati e/o le teorie di cui al punto precedente; 3) interventi clinici non finalizzati alla "conversione eterosessuale" ma ugualmente compromessi dai pregiudizi antiomosessuali.

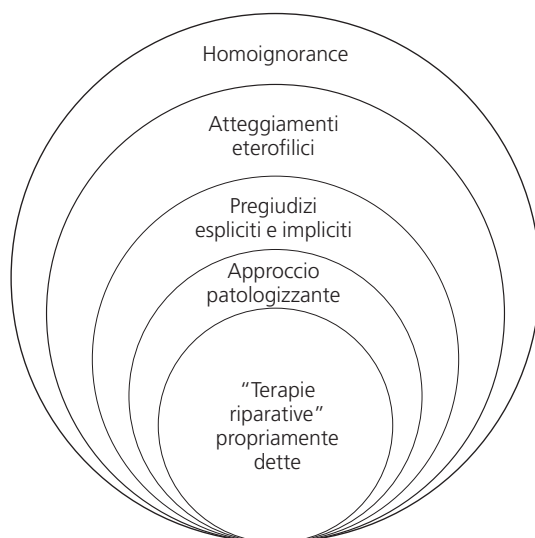


Figura 8.1 I confini incerti delle terapie riparative.

L'approccio "affermativo"

Negli anni Ottanta, nel periodo compreso tra l'eliminazione dal DSM dell'omosessualità "egosintonica" e quella dell'omosessualità "egodistonica", viene formalizzato un nuovo approccio clinico rivolto alle persone omosessuali che Alan Malyon (1982) denomina *Gay Affirmative Therapy* (GAT). Attraverso l'analisi delle dinamiche relative all'omofobia sociale e interiorizzata, questo nuovo approccio si pone l'obiettivo di aiutare gli utenti/pazienti a disagio per i conflitti tra le attrazioni omoerotiche e i pregiudizi interiorizzati ad acquisire un'"identità gay positiva". La GAT, pur rappresentando una svolta necessaria e forse una reazione obbligata dopo anni e anni in cui avevano dominato approcci teorici patologizzanti e i relativi tentativi di "cura", non è tuttavia esente da limiti. Paolo Rigliano, Jimmy Ciliberto e Federico Ferrari (2012) evidenziano i principali problemi: a) autoreferenzialità; b) indebita definizione normativa delle identità omosessuali e bisessuali, legata a canoni culturali, politici e di appartenenza comunitaria verso cui non tutti desiderano o riescono a riconoscersi; c) confusione tra il livello di orientamento e il livello di identità di orientamento (il desiderio omosessuale veniva sovrapposto a una definizione identitaria di "gay in via di svelamento", con l'obiettivo di arrivare a una definizione di sé come lesbica o gay, ritenuta l'unica possibile; cfr. Glossario, *Identità sessuale, Orientamento sessuale*).⁴

Come vedremo nella Parte III, è importante differenziare il termine *omosessuale*, che denota un comportamento sessuale, dai termini *gay* e *lesbica*, che indicano un'identità.

4. Rigliano, Ciliberto e Ferrari (2012) fanno notare anche come questa rigidità abbia spianato la strada alla diffusione delle terapie riparative, intercettando i bisogni di tutte quelle persone omo/bisessuali che, di fronte a questo *aut aut*, hanno scelto di rifiutare, oltre alla definizione identitaria, anche il proprio desiderio.

Attualmente il termine *affermativo* ha acquisito un'accezione più ampia e trasversale. Pur partendo dalle premesse della GAT, l'odierno approccio "affermativo" non è finalizzato all'acquisizione di un'identità lesbica o gay, ma indica la necessità di un ascolto libero dal pregiudizio da adottare con tutti gli utenti, dal momento che chiunque può rivelarsi "non-eterosessuale":

Diviene fondamentale per il terapeuta mantenere questo atteggiamento positivo verso l'ipotesi omosessuale indipendentemente dal contenuto dello scambio terapeutico, per creare uno spazio di sviluppo possibile, dove il cliente possa sentire, qualora provi tali desideri, di poterli esprimere. Non è dunque sufficiente limitarsi a indossare la maschera dell'accettazione laddove non sia possibile fare diversamente perché l'argomento omosessualità è "scoppiato" in terapia. È invece necessario avere sempre presente che *chiunque* potrebbe avere un orientamento omo-bisessuale, non importa con quale etichetta o codice comportamentale si presenti. [...] La terapia affermativa si caratterizza dunque per la sua capacità di "vedere" l'individuo nella sua affettività e sessualità, *affermando* nella relazione la possibilità del cliente di esistere con i propri desideri, siano essi etero e/o omosessuali. Non si tratta mai di prescrivere un orientamento, ma sempre di *affermare* il valore e la liceità di qualunque scoperta possa fare l'individuo sulla propria struttura d'amore. (Rigliano, Ciliberto, Ferrari, 2012, p. 208)

Alla base dell'approccio "affermativo" vi sono quindi: a) una concezione dell'omosessualità come variante non patologica della sessualità umana tanto quanto lo è l'eterosessualità; b) un clinico pronto a sostenere l'investimento "identitario" dell'utente; c) una modalità di relazione che non dà per scontato l'orientamento eterosessuale dell'utente, né comunica tale assunzione tramite un uso improprio del linguaggio. In definitiva, adottare un approccio affermativo vuole dire fornire all'utente uno spazio terapeutico che favorisce una crescita e un apprendimento "nel modo meno condizionante possibile" perché solo così la terapia può distinguersi, in tutti i sensi, dalle catechesi e dalle terapie ideologiche (Rigliano, Ciliberto, Ferrari, 2012, p. 228).

Adottare un approccio affermativo significa anche riconoscere l'importanza di possedere una conoscenza adeguata delle tematiche specifiche che riguardano le persone lesbiche, gay e bisessuali, in modo da possedere gli strumenti necessari per comprendere le modalità con cui le dinamiche personali e sociali legate all'eterocentrismo, all'eteronormatività, all'eterosessismo⁵ e al minority stress possono ripercuotersi, in maniera più o meno evidente, sul benessere delle persone omo/bisessuali, fornendo anche un aiuto nel riconoscerle e gestirle.

Quali sono le caratteristiche degli interventi affermativi? John Pachankis e Marvin Goldfried (2004), in un'ottica cognitivo-comportamentale, hanno individuato quattro fattori specifici: a) incoraggiare l'utente a stabilire una rete di relazioni costituita da altre persone lesbiche e gay; b) aiutare l'utente a diventare consapevole degli ef-

5. Eterocentrismo, eteronormatività, eterosessismo sono concetti distinguibili, seppur legati tra loro. Il concetto di *eterocentrismo* indica la centralità culturale dell'eterosessualità nella società, non come norma imposta, ma come consuetudine e discorso dominante. Quello di *eteronormatività* ne indica invece l'imposizione come norma, in quanto unico orientamento sessuale culturalmente e socialmente legittimato. Infine, per *eterosessismo*, termine proposto da Gregory Herek (1990), si intende la propensione a discriminare e negare comportamenti, identità, soggettivi e relazioni non eterosessuali (si veda anche Lingiardi, 2007/2012, pp. 54, 59, 60).

fetti dello stigma; c) supportare l'utente nell'elaborazione dei vissuti di vergogna e di colpa spesso legati a pensieri, affetti e comportamenti connessi all'omosessualità; d) consentire l'espressione della rabbia derivante dal vissuto di oppressione e favorire l'elaborazione. Pachankis e Goldfried evidenziano anche come la formazione dei terapeuti sia complice dei pregiudizi che sottendono i loro modelli teorici e di intervento: "Come psicoterapeuti, siamo stati formati all'interno di una società eterocentrica, in una professione storicamente eterocentrica. La maggior parte dei percorsi formativi forniscono una preparazione insufficiente sui temi specifici che gli utenti LGB presentano in terapia e sono pochi i professionisti che si impegnano nel tenersi costantemente aggiornati su queste tematiche" (p. 229).

A livello internazionale, le più autorevoli associazioni di categoria hanno prodotto numerosi materiali per promuovere una maggiore chiarezza sui temi che caratterizzano le minoranze sessuali e di genere. Si tratta sia di documenti di carattere divulgativo, sia di vere e proprie Linee guida che si propongono di aiutare i professionisti della salute mentale ad assumere approcci adeguati nella pratica clinica con gli utenti e i pazienti non-eterosessuali. Nella Parte II analizzeremo sinteticamente i contenuti relativi alle omo/bisessualità desunti dalle Linee guida prodotte dall'American Psychological Association (2009, 2012), dalla British Psychological Society (2012) e dall'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2012).

PARTE II

UNO SGUARDO AL PANORAMA INTERNAZIONALE

American Psychological Association, "Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation" (2009)

Nel 2007 l'American Psychological Association ha istituito la *Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation* a cui è stato assegnato il compito di prendere in esame la letteratura riguardante i tentativi di modificare l'orientamento sessuale (*Sexual Orientation Change Efforts*, SOCE)⁶ per comprenderne gli effetti e produrre delle linee guida atte ad aiutare psicologi e psicoterapeuti ad assumere un "approccio terapeutico appropriato" nella pratica clinica con le persone LGBT attraverso il cosiddetto *approccio affermativo* (cfr. "L'approccio 'affermativo'", p. 234). È stato così prodotto un documento (APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009) che dedica una particolare attenzione a quelle persone che vivono un disagio verso l'orientamento sessuale ed esprimono la richiesta di modificarlo attraverso terapie riparative o interventi assimilabili a queste.

Il documento contiene anche la "Risoluzione sulle risposte affermative appropriate al disagio relativo all'orientamento sessuale e ai tentativi di cambiarlo" (cfr. Appendice D) da cui emerge che la posizione dell'American Psychological Association

6. Sexual Orientation Change Efforts (SOCE) è una dicitura che si può considerare sinonimo di "terapie riparative". D'ora in poi indicheremo i SOCE come "terapie riparative", considerato che in Italia quest'ultimo termine è più diffuso.

sulle terapie riparative si fonda su tre assunti: a) l'analisi sistematica della letteratura evidenzia che i tentativi di modificare l'orientamento sessuale sono non soltanto inefficaci ma anche dannosi; b) è possibile che l'identità sessuale di una persona cambi, ma non l'orientamento sessuale in sé (si veda il Glossario); c) alcuni utenti di terapie riparative riportano benefici che però non sono attribuibili a fattori specifici dell'intervento riparativo in sé.⁷

La corretta applicazione del modello affermativo è basata sulle seguenti evidenze scientifiche: a) le omosessualità sono varianti normali e positive della sessualità umana e non costituiscono, di per sé, indicatori di disturbi mentali o dello sviluppo; b) le omosessualità e le bisessualità sono oggetto di stigma sociale che può avere svariate conseguenze negative nei percorsi e processi evolutivi (ad esempio il minority stress); c) gli affetti e i comportamenti omosessuali possono essere presenti in vari orientamenti sessuali e identità sessuali; d) le persone LGB possono condurre vite soddisfacenti, instaurare relazioni di coppia durature e formare famiglie solide tanto quanto quelle eterosessuali; e) non esistono ricerche scientifiche che riconducono l'omosessualità al trauma o alla disfunzionalità familiare.

I modelli affermativi possono essere delineati rispetto a cinque fattori specifici fondamentali: a) accettazione e sostegno; b) assessment; c) modalità attive di coping; d) supporto sociale; e) esplorazione e sviluppo dell'identità.

a) *Accettazione e sostegno.* È necessario utilizzare un ascolto rispettoso e non giudicante che aiuti l'utente a ridurre il disagio causato dal minority stress. Il suo eventuale desiderio di modificare l'orientamento sessuale va ascoltato, compreso e ricondotto alle complesse dinamiche psicologiche, familiari e sociali che possono spingere un individuo a considerare "inaccettabile" un elemento costitutivo della propria identità. Invece che colludere con la richiesta di modificare l'orientamento sessuale, bisognerà: 1) considerare le peculiarità del contesto storico, sociale e comunitario in cui è inserita la persona che chiede aiuto; 2) esplorare e tener conto dell'impatto negativo che lo stigma e gli stereotipi possono avere sul senso del Sé; 3) mantenere vedute larghe sulle possibili scelte di vita.

b) *Assessment.* La valutazione psicologica deve essere indirizzata alla conoscenza della persona in tutta la sua complessità, considerando le interazioni e le interconnessioni tra il minority stress, la salute mentale e la dimensione spirituale, nonché la posizione che l'orientamento sessuale occupa nel funzionamento generale dell'individuo.

c) *Modalità attive di coping.* Dall'esame della letteratura emerge che le modalità attive di coping sono le più efficaci nel far fronte agli agenti stressanti, inclusi quelli legati al minority stress. Queste possono essere promosse attraverso interventi che favoriscono l'elaborazione cognitiva e/o dei vissuti emotivi. Ad esempio, si può aiutare l'utente a sviluppare modalità cognitive che, andando oltre le dicotomie, permettano di cogliere le sfumature di significato, oppure di migliorare le capacità nella gestione

7. Torneremo ad affrontare l'argomento nel par. "Comprendere i significati sottostanti le richieste di modificare l'orientamento sessuale o di fare una 'terapia riparativa'" (p. 260). Chi vuole approfondire ulteriormente le questioni legate alle terapie riparative può consultare l'articolo *La riparazione che danneggia* (Lingiardi, Nardelli, 2008), l'esaustivo volume *Curare i gay?* (Rigliano, Ciliberto, Ferrari, 2012) e la nuova edizione di *Citizen gay* (Lingiardi, 2007/2012).

dei conflitti, dell'incertezza, dell'ambiguità e della molteplicità. Rispetto alla religione può essere fruttuoso stimolare l'interpretazione critica dei testi sacri; per alcune persone può risultare utile riconsiderare i conflitti religiosi come un'opportunità per accrescere la fede attraverso l'elaborazione di una propria dimensione spirituale più profonda e autentica.

d) *Supporto sociale*. Considerando che il minority stress può comportare l'emarginazione e l'autoisolamento, un obiettivo fondamentale è quello di incrementare la capacità di avvalersi del supporto sociale. Si può suggerire di frequentare le comunità LGB dove fare esperienza di modelli positivi in cui rispecchiarsi, al fine di agevolare l'integrazione identitaria e ridurre l'omofobia interiorizzata. Possono risultare invece controproducenti quei gruppi (ad esempio, i *gruppi di ex-gay*)⁸ che, veicolando informazioni stereotipate sull'omosessualità, possono rinforzare lo stigma interiorizzato. Inoltre, le persone impegnate in matrimoni eterosessuali che provano attrazioni omoerotiche possono perdere, o avere il timore di perdere, il supporto sociale. In questi casi, invece di focalizzare l'intervento su un unico obiettivo, come il divorzio o il consolidamento del matrimonio, può essere utile analizzare, sia a livello individuale sia sistemico, le motivazioni, i problemi, gli elementi di realtà, nonché il desiderio che la relazione coniugale vada in una certa direzione.

e) *Esplorazione e sviluppo dell'identità*. Le dinamiche identitarie costituiscono un aspetto importante nelle persone appartenenti alle minoranze sessuali. L'obiettivo dell'intervento clinico è di esplorarle e integrarle, senza sceglierne una a discapito di un'altra. Le persone che sperimentano un disagio rispetto al loro ruolo di genere non conforme alle aspettative socioculturali possono essere aiutate esplorando le dimensioni di genere e ampliando i propri orizzonti andando oltre la dicotomia maschile/femminile. Dall'esame della letteratura, inoltre, emerge l'importanza di considerare: gli aspetti funzionali dell'identità; la molteplicità identitaria; l'influenza del contesto socioculturale nella costruzione dell'identità; la costante evoluzione e i conflitti a cui possono essere soggetti gli aspetti identitari; la possibilità che nell'intero arco di vita le identità vengano esplorate, sperimentate e integrate senza che una venga messa in secondo piano rispetto alle altre.

Le linee guida dell'American Psychological Association prendono in esame anche le specificità connesse all'intervento clinico con bambini e adolescenti (si vedano i par. "Adottare approcci appropriati con bambini adolescenti e famiglie", p. 273; "Comprendere le dinamiche legate al bullismo omofobico", p. 277), per i quali le questioni etiche sollevate dalle terapie riparative si fanno più rilevanti. Emotivamente ed economicamente dipendenti dagli adulti, i bambini e gli adolescenti attraversano percorsi evolutivi imprevedibili e non sono in grado di valutare le conseguenze dell'aver "scelto" una terapia riparativa.

La famiglia può assumere atteggiamenti di rifiuto, con una conseguente ostilità più o meno esplicita, nei confronti dei bambini e degli adolescenti che non corrispondono

8. I gruppi di ex-gay sono associazioni a carattere prevalentemente religioso. Nati negli USA, ma poi diffusi anche in Canada, Europa, Australia e Asia, sostengono la possibilità di "guarire dall'omosessualità" attraverso la preghiera, la forza di volontà o le terapie riparative.

alle aspettative eteronormative. Un obiettivo fondamentale in questi casi sarà quello di intervenire sui genitori e sul resto della famiglia contenendo e favorendo l'espressione dei loro timori. Possono essere impiegate opportune strategie psicoeducative volte a riconsiderare gli stereotipi, fornendo alla famiglia informazioni dettagliate sull'omosessualità. Certi autori suggeriscono di fare leva su alcuni aspetti positivi della fede religiosa – come l'accettazione e l'amore verso il figlio – per farli prevalere sugli atteggiamenti di condanna e rifiuto.

Per quanto riguarda i contesti educativi, è dimostrato che l'adozione di opportuni interventi nelle scuole ha un impatto positivo sui giovani, favorendone il benessere e riducendo le conseguenze del minority stress, inclusi i tentativi di suicidio.

American Psychological Association, “Guidelines for Psychological Practice With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients” (2012)

Nel 2012 l'American Psychological Association ha pubblicato un altro documento (APA Division 44/Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Concerns Guidelines Revision Task Force, 2012) contenente Linee guida per condurre pratiche cliniche appropriate con gli utenti LGBT.⁹ Queste Linee guida sono state approvate nel 2011 come revisione e aggiornamento di quelle approvate nel 2000. Il documento comprende un'ampia bibliografia e due appendici contenenti un congruo numero di risorse specifiche: oltre ad alcune sezioni della stessa American Psychological Association, vengono indicate associazioni, fondazioni e comunità religiose a cui i clinici possono fare riferimento per aiutare gli utenti LGB.

Le Linee guida sono organizzate in 21 punti, divisi in 6 parti: a) atteggiamenti verso l'omosessualità e la bisessualità; b) dinamiche relazionali e famiglie; c) tematiche legate alla diversità; d) status socioeconomico e ambito lavorativo; e) formazione e aggiornamento; f) ricerca scientifica. Per ogni linea guida viene indicato il fondamento scientifico e l'applicazione pratica.

a) Atteggiamenti verso l'omosessualità e la bisessualità

1) Comprendere gli effetti dello stigma (ad esempio, il pregiudizio, la discriminazione e la violenza) contestualizzando le sue svariate manifestazioni nella vita delle persone LGB. È dunque di primaria importanza creare un setting terapeutico adeguato in modo da infondere fiducia e sicurezza, sviluppare risorse individuali e sociali, considerare ed elaborare gli aspetti traumatici e, quando possibile, affrontare le questioni legate allo stigma e alla discriminazione tenendo presente che potrebbero essere sconosciute dall'utente.

2) Gli orientamenti LGB non sono, di per sé, indicatori di psicopatologia o di un arresto nello sviluppo.

3) Le attrazioni e gli affetti omosessuali sono varianti normali della sessualità umana e non è dimostrato che i tentativi di modificarli siano efficaci ed esenti da rischi. Nel caso in cui l'utente richieda interventi di questo tipo, è necessario effettuare

9. In questa sede non prenderemo in considerazione i contenuti specifici per gli utenti transessuali e transgender.

un'appropriate analisi della domanda per comprenderne le ragioni, spesso di matrice omofobica e/o religiosa. La deontologia professionale impone di fornire accurate informazioni scientifiche sugli orientamenti sessuali e sul minority stress, oltre che sui rischi, sui danni comprovati e sulla mancanza di prove che ne documentino l'efficacia. Trattamenti di questo tipo sono dunque vivamente sconsigliati, soprattutto se intrapresi in età evolutiva. Sono invece consigliabili interventi che promuovano l'integrazione identitaria, l'autostima e lo sviluppo di strategie utili nel gestire il minority stress.

4) Riconoscere quanto i propri atteggiamenti espliciti e impliciti verso le omo/bisessualità e la personale competenza sulle tematiche LGB possano influire in ambito di valutazione e di intervento, valutando l'opportunità di chiedere una supervisione o di optare per un invio. Bisognerà dunque evitare l'applicazione *tout court* dei modelli normativi eterosessuali senza considerare le peculiarità delle tematiche LGB.

5) Comprendere le specificità delle bisessualità, nonché i propri atteggiamenti e pregiudizi riguardo alle relazioni di coppia non convenzionali. Le bisessualità sono spesso soggette all'ostracismo sociale non solo da parte degli eterosessuali ma anche dei gay e delle lesbiche. Una persona può considerarsi bisessuale per varie ragioni: è attratta sia dalle donne sia dagli uomini; non ritiene il genere un criterio in base al quale desiderare un partner; considera limitante seguire un unico orientamento sessuale. Inoltre, bisogna tener presente che alcune persone bisessuali ricercano relazioni non necessariamente monogame. Inoltre, nelle persone bisessuali, i percorsi evolutivi possono essere molto diversi da individuo a individuo. Il modello terapeutico da utilizzare può dunque essere diverso da quello affermativo utilizzato con utenti gay e lesbiche. Ad esempio, una persona può scoprirsi bisessuale durante una relazione omosessuale o eterosessuale e può aver bisogno di essere aiutata a rinegoziare la relazione che potrebbe anche prendere la direzione della separazione o del divorzio.

6) Comprendere le differenze tra orientamento sessuale e identità di genere: si commette frequentemente l'errore di sovrapporre questi concetti o di trascurarne le possibili intersezioni. Ruoli di genere non conformi alle aspettative sociali possono esporre maggiormente le persone LGB all'ostracismo sociale. Inoltre, l'utente può avere vissuti di confusione rispetto alle dimensioni di genere che vanno a intersecarsi con quelli relativi all'omofobia interiorizzata.

b) *Dinamiche relazionali e famiglie*

7) Documentarsi adeguatamente rispetto alle specifiche dinamiche delle coppie LGB. Oltre che a livello individuale, il minority stress e le discriminazioni istituzionali possono infatti ripercuotersi negativamente anche a livello di coppia, il più delle volte senza che i partner ne siano consapevoli. Ne sono un esempio le differenze tra i partner rispetto alla visibilità e ai percorsi di coming out.

8) Dai risultati delle ricerche scientifiche emerge che i genitori LGB sono capaci di fornire ai figli cure adeguate quanto i genitori eterosessuali. Dagli studi effettuati emerge anche che lo sviluppo dei bambini cresciuti da genitori LGB non differisce significativamente rispetto a quello dei bambini cresciuti da genitori eterosessuali. È dunque importante non solo conoscere queste ricerche, ma anche comprendere gli

ostacoli che i genitori LGB devono affrontare (ad esempio, quelli derivanti dall'impossibilità di accedere all'istituzione matrimoniale) e le loro capacità di resilienza.

9) Considerare che, per le persone LGB, il concetto di "famiglia" può assumere un significato più ampio e non limitarsi ai legami biologici o legali. Dal momento che molte persone LGB non possono condividere la propria vita affettiva con la famiglia di origine, le relazioni di amicizia possono colmare un vuoto, costituendo così un importante fattore protettivo. In questi casi gli amici possono essere considerati la "famiglia scelta". In ambito clinico potrebbe quindi essere utile approfondire l'estensione e la qualità della rete sociale dell'utente, nonché l'integrazione di quest'ultimo con le comunità LGB che possono offrirgli modelli identitari positivi, senso di sicurezza e supporto quando necessario.

10) Tener conto dell'impatto che la famiglia di origine ha sulle persone LGB. Anche le famiglie più aperte possono aver bisogno di un periodo di assestamento, superato il quale l'equilibrio viene ristabilito. Altre possono invece non superare la crisi e rifiutare, in modi più o meno espliciti, il familiare LGB. Le persone bisessuali potrebbero dover affrontare ulteriori difficoltà: ad esempio, subire maggiori pressioni per indirizzare l'orientamento sessuale verso l'eterosessualità esclusiva.

c) *Tematiche legate alla diversità*

11) Considerare che le persone LGB possano appartenere a minoranze etniche e quindi essere soggette a livelli multipli di stigmatizzazione.

12) Valutare l'impatto che la religione di appartenenza può avere sul benessere e sull'accettazione delle persone LGB. Potrebbe essere utile anche documentarsi sulle correnti religiose che accolgono le omosessualità senza condannarle.

13) Considerare le difficoltà ulteriori a cui devono far fronte le persone LGB nella terza età.

14) Comprendere le esperienze e le difficoltà che devono affrontare gli utenti LGB in età evolutiva.

15) Tener conto che le persone LGB diversamente abili possono essere soggette a livelli molteplici di discriminazione e violenza.

16) Considerare l'impatto che possono avere l'HIV e l'AIDS sulle persone e sulle comunità LGB. Varie questioni a riguardo potrebbero richiedere una particolare attenzione clinica, sia con gli utenti sieropositivi sia con quelli che non lo sono. Ad esempio, è necessario considerare l'ulteriore stigmatizzazione a cui va incontro la persona LGB sieropositiva nei diversi contesti sociali. Inoltre, nelle dinamiche di coppia, la discordanza tra la sieropositività dei partner può costituire un agente stressante aggiuntivo e ostacolare l'intimità.

d) *Status socioeconomico e ambito lavorativo*

17) È importante valutare l'impatto dello status socioeconomico sugli utenti LGB. Questi ultimi hanno, infatti, redditi più bassi rispetto alla media e sono soggetti a una maggiore discriminazione sul lavoro. Inoltre, la presenza o il deficit di risorse economiche può, rispettivamente, mitigare o ampliare le esperienze di minority stress e la disuguaglianza nei diritti rispetto alle persone eterosessuali.

18) Comprendere le particolari difficoltà a cui le persone LGB devono far fronte

in ambito lavorativo. Uno dei temi principali è la loro visibilità: da una parte, una maggiore visibilità può esporre di più l'individuo alle discriminazioni; dall'altra, nascondere la propria identità richiede costi psicologici non trascurabili. Tra i compiti dello psicologo vi può quindi essere quello di aiutare l'utente a gestire il coming out nei vari contesti lavorativi.

e) *Formazione e aggiornamento*

19) I programmi formativi degli psicologi e degli psicoterapeuti dovrebbero sempre includere lo studio del minority stress e delle altre tematiche LGB.

20) Aggiornarsi in maniera continua e, se necessario, chiedere supervisione rispetto ai vari ambiti di studio LGB: sessualità umana e modelli multidimensionali dell'orientamento sessuale; tutela della salute mentale; influenza che l'eteronormatività e gli specifici fattori culturali o legati all'appartenenza etnica possono esercitare sullo sviluppo dell'identità; implicazioni dello stigma a livello individuale, diadico e familiare; intersezioni e conflitti identitari; dinamiche in ambito lavorativo; relazioni di coppia non tradizionali; impatto della religione; salute e benessere. Inoltre, può essere opportuno fornire all'utente LGB, soprattutto se è all'inizio del suo percorso di coming out, alcune indicazioni necessarie per conoscere e inserirsi nelle comunità LGB, al fine di poter disporre di questo importante fattore protettivo.

f) *Ricerca scientifica*

21) Utilizzando e diffondendo le ricerche riguardanti l'orientamento sessuale, bisogna essere sempre attenti a presentare i risultati in maniera dettagliata e accurata, ricordando che possono essere utilizzati mediaticamente in maniera impropria e/o fuorviante.

British Psychological Society, "Guidelines and Literature Review for Psychologists Working Therapeutically with Sexual and Gender Minority Clients" (2012)

Redatte e divulgate dalla British Psychological Society, queste Linee guida (Shaw, Butler, Langdridge et al., 2012) possono essere considerate un richiamo ma anche un ampliamento di quelle dell'American Psychological Association (cfr. parr. "American Psychological Association, "Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation", 2009", p. 236; "American Psychological Association, 'Guidelines for Psychological Practice With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients'", 2012", p. 239).

Dopo brevi accenni al rispetto della deontologia professionale e dei confini sessuali tra utente e psicologo, vengono elencati i criteri per condurre un buon lavoro clinico con le minoranze sessuali e di genere.

- a) Ricordare che l'omosessualità, così come le identità di genere non normative, non possono essere utilizzate come indicatori di disturbo mentale.
- b) Ricordare che la politica e il contesto socioculturale possono influenzare tanto gli utenti quanto gli stessi psicologi, condizionando gli atteggiamenti e le opinioni nei

- loro confronti. Gli psicologi sono esortati a usufruire della supervisione di esperti e ad avere un approccio proattivo nel combattere l'ostracismo sociale.
- c) Aumentare la propria conoscenza delle tematiche riguardanti le minoranze sessuali e di genere, nonché dei casi di “doppia minoranza”, al fine di avere più strumenti per comprendere gli utenti che vi appartengono, trovando un terreno comune anche a livello linguistico.
 - d) Ricordare che gli utenti, soprattutto se giovani, possono attraversare percorsi di sviluppo che li fanno sentire “diversi” dalla maggior parte delle persone, anche quando non hanno assunto un'identità LGBTQI integrata, ma hanno comunque a che fare con le difficoltà e i bisogni specifici delle minoranze sessuali e di genere.
 - e) Rispettare e sostenere gli utenti anche quando le loro identità e condotte sono diverse dalle proprie. Nei casi di forte incompatibilità si raccomanda di inviare gli utenti a colleghi o a servizi più appropriati.
 - f) Riconoscere gli atteggiamenti e i pregiudizi personali e valutare la propria preparazione sulle tematiche riguardanti le minoranze sessuali e di genere, non dimenticando di essere sempre aggiornati al fine di lavorare in maniera clinicamente adeguata.
 - g) Astenersi dal mettere in atto interventi clinici con utenti appartenenti a minoranze sessuali o di genere ritenendo che il loro orientamento sessuale, la loro identità o il loro ruolo di genere possa essere “curato”.

Il documento comprende anche una rassegna della letteratura sulle questioni fondamentali che lo psicologo deve conoscere per condurre un buon lavoro clinico, una ricca bibliografia e un'appendice con le date storiche a partire dalla coniazione della parola *omosessualità* (Kertbeny, 1869).¹⁰

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, “Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescents” (2012)

Queste Linee guida (Adelson, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2012) nascono dall'evidenza che i bambini e gli adolescenti appartenenti alle minoranze sessuali e di genere devono affrontare compiti evolutivi specifici.

Dopo una sintetica ma esaustiva analisi delle tematiche principali riguardanti il genere e l'orientamento sessuale, sono indicati alcuni principi di base a cui dovrebbero attenersi i professionisti che lavorano nel campo dell'infanzia, compendabili in nove sezioni: a) accorgimenti nell'assessment; b) riservatezza e self-disclosure; c) contesti di appartenenza; d) problemi specifici; e) percorsi evolutivi; f) terapie riparative; g) disforia di genere; h) cooperazione sociale; i) risorse professionali e di comunità.

10. Il termine *omosessuale* è apparso per la prima volta nel 1869 in un pamphlet anonimo. Secondo Manfred Herzer (1986) è stato coniato da Karl-Maria Kertbeny, scrittore e traduttore ungherese considerato tra i pionieri del *movimento gay*.

a) *Accorgimenti nell'assessment.* Una valutazione diagnostica d'insieme dovrebbe sempre comprendere un assessment dello sviluppo psicosessuale. Le informazioni vanno ottenute adottando una modalità non-giudicante, ad esempio senza dare per scontato un certo orientamento sessuale o comunicando una specifica aspettativa al riguardo. Fino a che il giovane utente non rivela il proprio orientamento sessuale, viene consigliato l'utilizzo di un linguaggio neutro rispetto al genere ("c'è una persona speciale nella tua vita?" invece di "hai un fidanzato/una fidanzata?").

b) *Riservatezza e self-disclosure.* Il rispetto del segreto professionale acquisisce un'importanza fondamentale per i giovani appartenenti a minoranze sessuali e di genere che necessitano di un setting appropriato in cui esplorare le dinamiche relative all'identità e all'orientamento sessuale. La riservatezza va garantita quanto più possibile, anche nell'uso dei mezzi informatici in cui vengono memorizzate le informazioni. Il clinico deve anche ricordare che i giovani potrebbero essere molto cauti nel parlare di argomenti riguardanti la propria sessualità a causa di precedenti esperienze di rifiuto e/o di ostilità: per non rinforzare i loro timori è dunque necessario adottare un atteggiamento rispettoso, aperto e senza pregiudizi al fine di prevenire l'insorgenza di sentimenti di vergogna che potrebbero minare le basi dell'alleanza terapeutica. Bisogna anche tenere conto dei rischi, ad esempio il rifiuto della famiglia o degli amici, che possono seguire la rivelazione dell'orientamento sessuale.

c) *Contesti di appartenenza.* È importante tener conto del retroterra culturale dell'utente, della famiglia e della comunità di appartenenza. I giovani che vengono rifiutati dai genitori possono sperimentare un profondo senso di isolamento che può ripercuotersi negativamente sullo sviluppo dell'identità, dell'autostima, dell'affettività e della sessualità. Possono essere esposti a un rischio maggiore di dispersione scolastica o allontanamento da casa che li può condurre a condotte sessuali pericolose, abuso di sostanze, depressione e suicidio. In questi casi l'obiettivo del clinico è quello di fornire un aiuto per gestire e contenere i sentimenti di colpa e vergogna, cercando di salvaguardare quelle relazioni familiari che possono costituire importanti fattori di protezione. Nei casi di abusi e maltrattamenti perpetrati da parte dei familiari, a cui non di rado sono soggetti i bambini e gli adolescenti appartenenti a minoranze sessuali e di genere, è necessario attivare i servizi sociali. Bisogna considerare l'eventuale appartenenza del giovane utente a minoranze etniche o religiose che potrebbero complicare ulteriormente i percorsi evolutivi e identitari. In questi casi, ad esempio, si consiglia al clinico di aggiornarsi rispetto alla possibilità di promuovere un'integrazione identitaria che includa tanto gli aspetti religiosi quanto quelli sessuali.

d) *Problemi specifici.* Il clinico dovrebbe valutare la presenza di eventuali circostanze a cui spesso sono soggetti i giovani appartenenti a minoranze sessuali e di genere e che comportano determinati rischi psicopatologici: bullismo, ideazione suicidaria, comportamenti disadattivi, abuso di sostanze, HIV e altre malattie sessualmente trasmissibili.

e) *Percorsi evolutivi.* Il clinico dovrebbe agevolare l'autenticità e l'autonomia nello sviluppo psicosessuale dei giovani utenti che in tal modo possono costruirsi un'identità integrata e adattiva. Se i processi evolutivi di scoperta di sé vengono osteggiati

dal rifiuto familiare e sociale, è necessario affrontare innanzitutto questi ultimi. È necessario condurre un'attenta analisi della domanda quando viene chiesto al clinico di fare previsioni su quello che sarà l'orientamento sessuale di un bambino o di un adolescente: che cosa significa per il giovane o per i suoi familiari? Resta preferibile rispondere che è troppo presto per fare previsioni rispetto all'orientamento sessuale anziché parlare dei sentimenti e dei comportamenti non conformi alle attese personali e sociali come di una "fase transitoria", poiché in tal modo si potrebbe veicolare una certa disapprovazione a riguardo. Un obiettivo importante è quello di tutelare ogni possibile esito sano dello sviluppo, senza precluderne nessuno. Può essere necessario valutare se vi siano modelli identificatori positivi alla portata del giovane utente (ad esempio, se i contesti in cui vive permettono l'accesso a comunità LGBTQI).

f) *Terapie riparative*. I clinici dovrebbero tener sempre presente che non vi sono prove scientifiche che dimostrano la modificabilità dell'orientamento sessuale attraverso la terapia e che tali tentativi non sono né utili né necessari, anzi potrebbero risultare dannosi per vari motivi, tra cui la collusione con il rifiuto familiare e la sua amplificazione, il danneggiamento dell'autostima e la preclusione dell'accesso alle comunità LGBTQI, un importante fattore protettivo per i giovani appartenenti alle minoranze sessuali e di genere.

g) *Disforia di genere*. I clinici dovrebbero essere a conoscenza degli aggiornamenti scientifici riguardanti la disforia di genere e dei relativi trattamenti, anche al fine di fornire informazioni appropriate, tra cui la loro efficacia e i loro rischi. Tra le acquisizioni scientifiche più avvalorate vi è quella che sostiene i benefici derivanti dall'accettazione genitoriale della difformità del bambino rispetto alle aspettative relative al ruolo di genere. Riguardo agli adolescenti con un forte e persistente desiderio di cambiare sesso, in generale è opportuno procrastinare la decisione di attuare le terapie ormonali o l'intervento di riassegnazione chirurgica aspettando l'ingresso nell'età adulta o, almeno, dopo aver appurato che il desiderio è inequivocabile, genuino e il consenso pienamente consapevole (in alcuni casi potrebbe essere legato alla confusione di genere; cfr. par. "Comprendere le connessioni e le differenze tra il genere e l'orientamento sessuale", p. 250).

h) *Cooperazione sociale*. Al fine di promuovere il benessere dei giovani appartenenti a minoranze sessuali e di genere, e quindi delle loro famiglie, i clinici dovrebbero essere disponibili a consultarsi e a lavorare con le scuole, gli enti locali e gli altri servizi sanitari.

i) *Risorse professionali e di comunità*. I clinici dovrebbero essere a conoscenza delle risorse specifiche, sia professionali sia di comunità, che potrebbero essere utili ai giovani appartenenti a minoranze sessuali e di genere.¹¹

11. Le risorse indicate nelle Linee guida adottate dall'AACAP sono le seguenti: Harvey Milk School, www.hmi.org; Gay Straight Alliances, www.gsannetwork.org; Parents, Friends, & Families of Lesbians and Gays (PFLAG), www.pflag.org; Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN), www.glsen.org; AACAP Sexual Orientation and Gender Identity Issues Committee, www.aacap.org; American Psychiatric Association, www.psych.org; Lesbian and Gay Child and Adolescent Psychiatric Association, www.lagcapa.org; Association for Gay and Lesbian Psychiatrists, www.aglp.org; Model Standards Project, pubblicato dalla Child Welfare League of America (CWLA), www.cwla.org; Standards of Care for Gender Identity Disorders, pubblicati dalla World Professional Association for Transgender Health (WPATH), www.wpath.org.

PARTE III**LINEE GUIDA PER LA CONSULENZA PSICOLOGICA
E LA PSICOTERAPIA CON PERSONE LESBICHE, GAY E BISESSUALI****Comprendere il minority stress e l'omofobia interiorizzata**

Un numero crescente di ricerche indica il pregiudizio e la discriminazione come fattori rilevanti e misurabili di stress. In particolare, mostra come lo sviluppo psicologico di molte persone omosessuali sia segnato da una dimensione di stress continuativo, conseguenza di ambienti ostili o indifferenti, episodi di stigmatizzazione, casi di violenza.

Da vari studi (Mays, Cochran, 2001; Rivers, 2011; Roberts, Austin, Corliss et al., 2010) emerge che gli individui omosessuali o bisessuali, se confrontati con gli eterosessuali, sono esposti a un rischio decisamente maggiore di aggressioni o altri eventi traumatici. Di conseguenza, l'incidenza del Disturbo Post-Traumatico da Stress è significativamente più alta negli omosessuali rispetto agli eterosessuali. Altri studi, condotti da Hatzenbuehler e collaboratori (2009, 2010, 2012), evidenziano come l'incidenza di disturbi psichici e alcolismo sia nettamente superiore tra le persone gay e lesbiche residenti in Paesi dove non è consentito il matrimonio tra persone dello stesso sesso e/o dove non esistono leggi specifiche contro le violenze e le discriminazioni omofobiche e/o in contesti dove le organizzazioni religiose sono meno accoglienti.

In Italia le cronache dei quotidiani testimoniano l'escalation delle violenze omofobiche. Seppur paragonabile ad altrettanto deprecabili forme di razzismo e discriminazione, l'omofobia gode di una maggior accettazione sociale. Inoltre le persone non-eterosessuali, a differenza di altre minoranze (etniche, religiose ecc.), non sempre possono contare sul riconoscimento e sul sostegno della famiglia che, al contrario, spesso si configura come fonte ulteriore di disagio e stress (Moss, 2003). Non di rado le dinamiche omofobiche avvengono in un contesto socio-culturale indifferente o addirittura collusivo. Gli episodi di discriminazione e violenza possono avere un impatto emotivo molto forte che trascende l'evento in sé, colpendo non solo le vittime "dirette", ma tutti coloro che non possono fare a meno di pensare che "sarebbe potuto capitare anche a loro".

L'insieme dei disagi psicologici a cui sono sottoposte le persone non-eterosessuali, denominato *minority stress* (Lingiardi, 2007/2012; Meyer, 1995, 2003), si compone di tre dimensioni che si intrecciano e potenziano vicendevolmente: a) esperienze vissute di discriminazione e violenza; b) stigma percepito; c) omofobia interiorizzata (cfr. Figura 8.2).

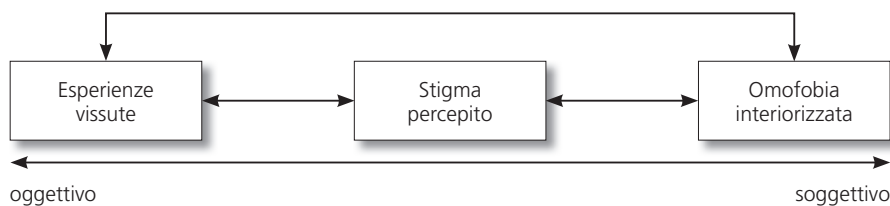


Figura 8.2 Le tre dimensioni del minority stress in interazione tra loro, dalla più oggettiva alla più soggettiva (da Lingiardi, Nardelli, 2007, p. 13).

L'*omofobia interiorizzata* è l'insieme di sentimenti e atteggiamenti negativi (dal disagio al disprezzo) che una persona può provare (più o meno consapevolmente) nei confronti della propria omosessualità. Nelle persone non-eterosessuali, le caratteristiche associate all'omofobia interiorizzata sono rappresentate da scarsa accettazione e stima di sé fino a raggiungere la forma dell'odio di sé e dell'autodisprezzo, a cui possono aggiungersi, in vari gradi e modalità, sentimenti di incertezza, inferiorità e vergogna, l'incapacità di comunicare agli altri il proprio orientamento, la convinzione di essere rifiutati e l'identificazione con gli stereotipi denigratori.

Riportiamo come esempio una vignetta tratta da Rigliano (2001, p. 111):

Sono costretto a riconoscermi in una diversità che sento mia e nello stesso tempo impossibile da sostenere perché negativa. [...] L'angoscia che non mi ha più abbandonato da quando ho capito di essere gay è di valere zero: questo ho sempre sentito che gli altri pensavano... e, in qualche modo, mi minacciavano; io sentivo che questa cosa mi entrava dentro... mi feriva interiormente [e sentivo la necessità] di giustificarmi, sempre e comunque, di fronte a una condanna che ho imparato a sentire dentro di me prima ancora che arrivasse dall'ambiente intorno a me. [...] Quest'idea di me faceva a pugni con l'immagine che io, come ragazzo normale, volevo a tutti i costi avere di me stesso. Ho imparato presto che le relazioni tra lo stesso sesso sono di quanto più vergognoso possa esistere: *ma questo era parte di me!*

Lo *stigma percepito* riguarda invece il livello di vigilanza relativo alla paura di essere "identificati" come gay o lesbiche, per cui quanto maggiore è la percezione del rifiuto sociale, tanto più alto sarà il grado di allerta e sensibilità all'ambiente. Ne consegue che livelli elevati di stigma percepito possono comportare stati cronici di stress, dando vita a pensieri come "questo fatto è successo perché sono omosessuale", "devo stare attento a dire che sono gay, altrimenti mi discriminano". Rientra nella dimensione dello stigma percepito anche il timore per le reazioni che potrebbe suscitare il proprio "coming out", ad esempio in famiglia o sul posto di lavoro.

Riportiamo come esempio una lettera pubblicata su *Varese News*, 15 settembre 2009:

Gentile Direttore, in merito ai fatti di cronaca e di violenza accaduti nelle ultime settimane in Italia, Nord o Sud senza distinzione, vorrei raccontarle la mia vicenda. Sto con il mio ragazzo da poche settimane. Siamo giovani e innamorati. Probabilmente siamo in quella fase in cui è tutto rose e fiori, sguardi complici e teneri, risate e sospiri. Sta di fatto che stiamo bene insieme. Personalmente, sono un gay dichiarato: uno di quei ragazzi che quando ha capito di essere attratto dagli uomini, non ha avuto paura e non ha voluto nascondersi. [...] Gli ultimi fatti di cronaca, tuttavia, hanno creato qualche disagio nel mio rapporto di coppia con il mio compagno. Abitando in due paesi diversi, a nord e a sud di Varese, abbiamo preso proprio il capoluogo come punto di riferimento per i nostri appuntamenti. Cene, film al multisala, Fiera di Varese... La città è lo scenario principale della nostra relazione. Eppure, in una città così bella, a tratti romantica, non riusciamo a viverci pienamente. Sono un ragazzo romantico e amando il mio compagno, spesso e volentieri vorrei lasciarmi scappare qualche effusione: un bacio, una carezza sui capelli, un abbraccio. Ma Luca mi allontana perché ha paura. Secondo lui, Varese non è una città dalla mentalità aperta che potrebbe accettare le tenerezze di una

coppia omosessuale. Anzi, non è una città tollerante nei confronti degli omosessuali in generale. [...] Non ho provato nemmeno a convincerlo del contrario e mi sono arreso all'evidenza degli ultimi fatti di cronaca sentiti in TV. Non ho saputo trovare vere e proprie spiegazioni per questi atti di violenza. Ho pensato all'ignoranza, alla follia di persone disturbate, all'intolleranza, al credo religioso... Eppure, non sono arrivato a nessuna risposta. Niente che giustifichi queste gravi reazioni nei nostri confronti. Penso a quel ragazzo preso a bottigliate a Roma, a quell'altro preso a calci a Firenze..., e penso che al loro posto potevo esserci io. Perché non dovrei pensarlo? Perché vivo a Varese? Questo non mi fa sentire protetto. Per questo, in giro per le vie di Varese, continuerò ad amare Luca in silenzio.

La Figura 8.3 aiuta a capire come funziona il minority stress. Immaginiamo un individuo che appartiene a una minoranza (quadro B) ed è inserito in un ambiente con determinate caratteristiche (quadro A). Questa combinazione di soggetto e ambiente andrà a definire il profilo della sua identità (quadro E). Chiunque può essere esposto a stress di natura "generale" (ad esempio, la perdita del lavoro, la morte di una persona cara ecc.; quadro C). Le persone appartenenti a una minoranza, nel nostro caso legata all'orientamento sessuale, sono facilmente esposte a stress aggiuntivi. Questi fattori di stress possono essere distinti in: oggettivi (quadro D, esperienze "esterne"

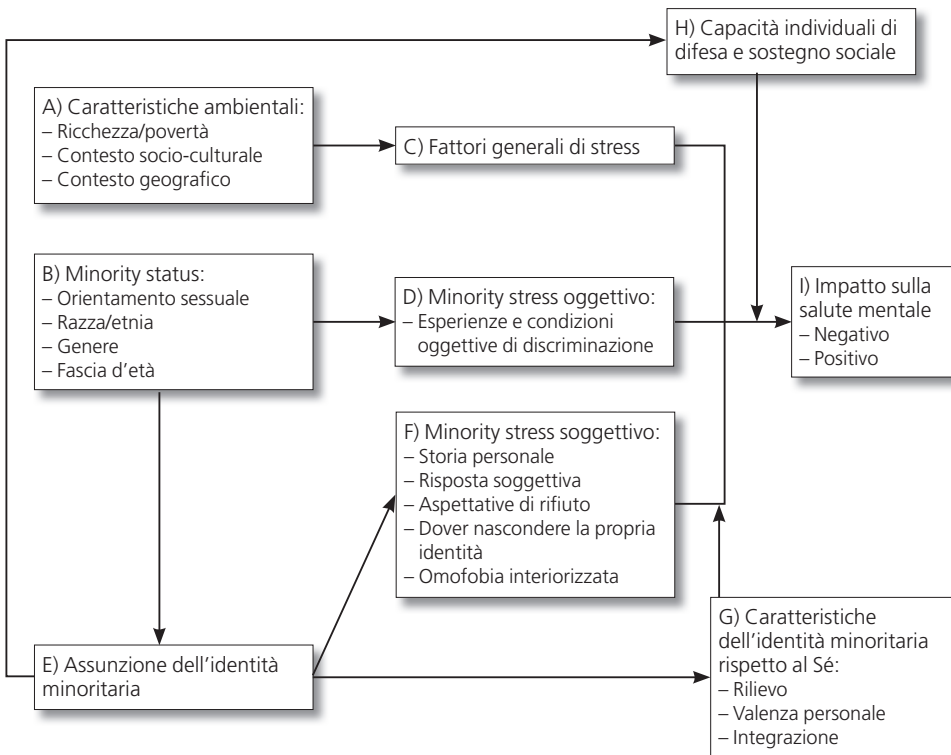


Figura 8.3 Il minority stress nelle persone lesbiche, gay e bisessuali (modificato da Meyer, 2007, p. 248; Lngiardi, 2007/2012, p. 110).

di pregiudizio, discriminazione, violenza) e soggettivi (quadro F, esperienze più “interne” e legate alla dimensione personale). L'appartenenza a una minoranza (quadro E) potrà: a) innalzare il livello degli stress soggettivi (quadro F); b) intensificare o indebolire l'impatto degli stress secondo determinate caratteristiche del rapporto tra l'identità di minoranza e la complessiva dimensione personale (quadro G); c) persino costituire una risorsa (in buona parte legata al riconoscimento e al sostegno ambientali) in quanto esperienza capace di promuovere strategie di difesa e interazione con la realtà più efficaci (quadro H).

Esistono diversi strumenti che possono essere d'aiuto nella valutazione dell'omofobia interiorizzata e dello stigma percepito, sia a scopi clinici sia di ricerca. Tra i più recenti e validati in Italia ricordiamo la *Measure of Internalized Sexual Stigma for Lesbians and Gay Men* (MISS-LG; Lingiardi, Baiocco, Nardelli, 2012), un questionario autosomministrato composto da 17 item a risposta multipla che rileva l'omofobia interiorizzata nelle persone gay e lesbiche differenziandola in tre dimensioni: a) *identità* (ad esempio: “Preferirei essere eterosessuale”); b) *disagio sociale* (ad esempio: “Ho comunque difficoltà a dire che sono gay/lesbica, anche a chi conosco bene”); c) *sessualità e relazioni affettive* (ad esempio: “Non credo nell'amore tra persone omosessuali”).

Comprendere le bisessualità e la bifobia

Con il termine “bisessualità” si indica l'attrazione sessuale e/o affettiva diretta a entrambi i sessi. Secondo la *Scala Kinsey*, che propone un continuum i cui estremi sono costituiti dall'eterosessualità esclusiva (punto 0) e dall'omosessualità esclusiva (punto 6), l'orientamento bisessuale riguarderebbe le persone che si situano dal punto 1 al punto 5; la bisessualità “pura” corrisponderebbe al punto 3 (cfr. Tabella 8.1).

Pur avendo il merito di aver superato la dicotomia etero/omosessuale, la *Scala Kinsey* è stata criticata per aver utilizzato un sistema di classificazione formato da categorie discrete (nonostante lo stesso Alfred Kinsey sostenesse che “non tutte le cose sono nere e non tutte sono bianche. È un principio fondamentale della tassonomia che raramente nella natura si riscontrino categorie nettamente separate. Soltanto la mente umana inventa le categorie e tenta di costringere i fatti in caselle separate” (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948, p. 523).

Inoltre, non è la sola attrazione sessuale/affettiva a costituire il fondamento dell'identità bisessuale ma la percezione di sé (cfr. Glossario, *Identità sessuale*). Alcuni pos-

Tabella 8.1 La *Scala Kinsey*.

0	Esclusivamente eterosessuale
1	Prevalentemente eterosessuale, ma in alcune circostanze omosessuale
2	Prevalentemente eterosessuale, ma spesso omosessuale
3	Eterosessuale e omosessuale in egual misura
4	Prevalentemente omosessuale, ma spesso eterosessuale
5	Prevalentemente omosessuale, ma in alcune circostanze eterosessuale
6	Esclusivamente omosessuale

sono intraprendere relazioni sia con donne sia con uomini senza tuttavia “definirsi” bisessuali. Altri possono avere relazioni solo con donne o solo con uomini, oppure non averne affatto, ma “ritenersi” bisessuali. Altri ancora possono “considerarsi” bisessuali, ma identificarsi e/o rappresentarsi pubblicamente come omosessuali o eterosessuali. In questo complesso arcipelago, è importante che lo psicologo sappia riconoscere la differenza tra comportamenti bisessuali (che possono essere più o meno occasionali e/o legati al contesto) e una definizione di sé come bisessuali.

Come gli altri orientamenti sessuali, anche quello bisessuale può essere soggetto a variazioni nel corso della vita. Partendo da un'eterosessualità “sociale”, data per scontata, il percorso evolutivo di ciascuno può giungere al consolidamento di un'identità più autentica tanto etero-, quanto omo- o bisessuale. Alcune persone gay e lesbiche hanno vissuto la bisessualità come “fase di passaggio” verso il riconoscimento e l'accettazione della propria omosessualità. Ma il consolidamento di un'identità bisessuale può avvenire anche dopo una fase in cui l'individuo si è definito gay/lesbica.

Contrariamente all'opinione comune, non è detto che i bisessuali siano coinvolti in relazioni con uomini e con donne allo stesso tempo. Ad esempio, possono essere impegnati in relazioni di coppia a lungo termine e continuare a provare attrazione verso altre persone, senza però metterle in atto, come avviene per molti etero- e omosessuali. Oppure possono essere coinvolti in relazioni “aperte” con due o più partner, e questi possono essere di entrambi i sessi. Infine possono avere una fase della vita, affettiva e/o sessuale, orientata in senso eterosessuale e un'altra fase orientata in senso omosessuale.

Tra le varie espressioni della bisessualità, Ross (1991) ricorda anche la *bisessualità rituale* (quando i rapporti omosessuali sono prescrittivi per alcuni o tutti i membri di una comunità o di una società), la *bisessualità mediterranea* (uomini che pur avendo rapporti con altri uomini limitandosi ad assumere un ruolo esclusivamente insertivo si considerano eterosessuali), la *bisessualità secondaria* (quando individui “abituamente” eterosessuali si trovano nell'impossibilità contestuale di avere rapporti con l'altro sesso, ad esempio negli istituti penitenziari, e iniziano pratiche e relazioni omosessuali).

Come le persone omosessuali, anche quelle bisessuali possono incontrare forme di ostilità sociale, talora anche all'interno delle comunità gay. Come l'omofobia, anche la *bifobia* è un pregiudizio che può incrementare il disagio personale e rendere più difficile il coming out. Alcuni bisessuali che “rivendicano” la loro identità come tale, sostengono che nella nostra società “eterosessista” (fondata sulle dicotomie e portata a vedere nell'eterosessualità la norma e nell'omosessualità l'eccezione/deviazione) non vi sia posto per la bisessualità.

Fatte queste premesse, il concetto di bisessualità è ampio, inclusivo e mal definito, e su di esso ci sono più domande che risposte. Ad esempio, non sappiamo se i desideri inconsci o coscienti, le fantasie e i comportamenti, riguardino un unico continuum o piani diversi. Non sappiamo se è possibile affermare che siamo tutti “latentemente” bisessuali (fermo restando che alcuni lo sono più di altri). Non sappiamo se la bisessualità sia una *dimensione* sul continuum etero/omo o se sia una *categoria* a sé stante. In effetti, il concetto stesso di bisessualità sfida le categorie reificate e il loro insufficiente valore descrittivo rispetto alle fantasie e ai desideri di un individuo. Allo stato attuale delle conoscenze, le ragioni legate alla direzione oggettuale dell'interesse ero-

tico sono ancora misteriose, e genericamente riconducibili a un complesso intreccio di fattori biologici, psicologici e ambientali. Come già ricordato, lo stesso Freud afferma che “anche la sessualità normale si fonda su una limitazione nella scelta dell’oggetto”.

Nello studio di queste dinamiche non andrebbe trascurata una riflessione, oltre che sull’attrazione e l’investimento, anche sul processo che muove la scelta dell’oggetto, con le sue implicazioni conscie e inconscie. In definitiva, il tema della bisessualità si presta bene a illustrare come le varianti della sessualità umana pongano una sfida alla psicologia.

Una persona bisessuale può rivolgersi a uno psicologo per varie ragioni, e ovviamente anche per motivi che non hanno a che fare con la sua bisessualità (segnalarlo è una banalità, che va però tenuta presente). In altri casi, potrebbe non sentirsi a proprio agio con desideri sessuali che vive come confusivi e aspirare all’acquisizione di un’identità più “polarizzata” in senso omo- oppure eterosessuale. Anche con le persone bisessuali non possiamo “predeterminare” un eventuale cambiamento nel loro orientamento sessuale. Sarà lo svolgersi del dialogo clinico, esente dai pregiudizi, a promuovere la ricerca del proprio autentico orientamento sessuale (che sia omo-, etero- oppure bisessuale) e la sua integrazione (cfr. par. “Comprendere i significati sottostanti le richieste di modificare l’orientamento sessuale o di fare una ‘terapia riparativa’”, p. 260).

Un’altra ragione alla base di una consultazione psicologica potrebbe essere che il paziente, impegnato in una relazione, viva come distraente e conflittuale il desiderio che rivolge a persone di sesso diverso da quello del partner. In questi casi dobbiamo tener presente che anche una persona omo- oppure eterosessuale, impegnata in una relazione monogama può essere turbata da interessi sessuali che vanno al di fuori del rapporto di coppia. In altre parole, ci dobbiamo interrogare sul ruolo giocato dalla bisessualità in questi conflitti. Si tratta di un individuo con una relazione eterosessuale in corso e che si sta scoprendo omosessuale dopo aver passato anni in cui non riusciva a riconoscere e accettare il proprio orientamento, magari limitandosi a viverlo nella fantasia o con modalità “dissociative”? Oppure si tratta di qualcuno che vive con disagio e poca convinzione la propria relazione omosessuale? Oppure abbiamo a che fare con una bisessualità “usata” come “soluzione” per vivere in modo “scisso” elementi costitutivi dell’orientamento e della relazione sessuale (ad esempio l’attrazione sessuale per un genere e il coinvolgimento affettivo per l’altro)? Ovviamente questi sono solo alcuni esempi mirati a identificare possibili problematiche, ben sapendo che ogni paziente è un caso a sé.

Per ulteriori approfondimenti rimandiamo ai seguenti contributi: Dodge, Reece, Gebhard (2008), Fox (2006), Guidry (1999). Per una bibliografia ragionata, cfr. Fox (2004).

Comprendere le connessioni e le differenze tra il genere e l’orientamento sessuale

Pur tra loro connesse, l’identità di genere, il ruolo di genere e l’orientamento sessuale sono dimensioni identitarie differenti. Il concetto di *identità di genere* viene utilizzato per descrivere il genere in cui una persona si identifica e a cui si sente soggettivamente di appartenere, cioè uomo o donna; il *ruolo di genere* ne indica l’espressione

estriore, ed è fortemente influenzato dalla cultura e dalle aspettative del contesto. Il concetto di *orientamento sessuale*, che invece si riferisce al genere dell'oggetto dell'attrazione erotico-affettiva, si pone dunque su un altro piano.

Tuttavia, sia in alcuni vecchi modelli psicoanalitici sia nelle credenze più popolari, il genere e l'orientamento sessuale sono sovrapposti e confusi: in questi casi *un uomo che desidera un uomo* viene considerato "femminile", e come tale stigmatizzato o patologizzato; analogamente, *una donna che desidera una donna* viene considerata "maschile", e come tale stigmatizzata o patologizzata:

L'avversione o la diffidenza nei confronti dei gay e delle lesbiche può anche derivare dalla preoccupazione per un disordine, qualcosa di "fuori posto" rispetto all'identità e ai ruoli di genere, una sorta di disagio all'idea che vi sia un eccesso "femminile" in un uomo e "maschile" in una donna. (Lingiardi, 2007/2012, p. 77)

Alcuni atteggiamenti omofobici subiti dalle persone gay e lesbiche sono definibili "genere-specifici" perché diretti contro ruoli di genere non conformi alle aspettative sociali. In questo modo, vengono colpite due dimensioni nucleari dell'identità: una legata al genere, l'altra all'orientamento. È importante che lo psicologo sappia che alcune persone omosessuali possono portare dentro di sé nuclei genere-specifici di omofobia interiorizzata che si possono esprimere con il disprezzo, in sé e/o negli altri, delle caratteristiche di genere non conformi alle aspettative sociali.

In verità, ciascuno, che sia omo- o eterosessuale, "costruisce" la propria espressione di genere. Alcune persone gay e lesbiche possono sperimentare esperienze di genere più fluide e meno stereotipate, mostrando come essere omosessuali possa far schiudere le categorie dei generi, fino a "mettere in crisi" le costrizioni dicotomiche di genere tradizionalmente legate all'essere eterosessuali (Lingiardi, 2006). Il genere, come dice Butler (1990), è "una copia di cui non esiste l'originale" e, indipendentemente dall'orientamento, esso è sempre il risultato di una costruzione individuale e socio-culturale.

L'influenza che l'eteronormatività e il sessismo esercitano sul genere può determinare situazioni di "stress di genere" e "confusione di genere" (*gender stress, gender confusion*; Drescher, 1998a), fenomeni che non di rado caratterizzano i percorsi evolutivi di adolescenti omosessuali e di bambini e bambine che, crescendo, svilupperanno orientamenti omosessuali. In presenza di *confusione di genere*, la persona interpreta le attrazioni omoerotiche in base agli stereotipi di genere. Per fare un esempio, la confusione di genere può indurre a pensare che "se gli uomini devono essere sessualmente attratti dalle donne", allora "chi è sessualmente attratto dalle donne è un uomo"; viceversa, se "le donne devono essere sessualmente attratte dagli uomini", allora "chi è sessualmente attratto dagli uomini è una donna".

Il fenomeno dello *stress di genere*, che può protrarsi per molto tempo, si instaura quando le prime attrazioni omoerotiche sono connesse con altri interessi considerati non conformi al genere, oppure quando i bambini sentono che stanno fallendo nell'adempiere alle aspettative familiari o sociali relative al genere.

A volte, i bambini che subiscono le prepotenze genere-specifiche perpetrate dai coetanei (dinamiche che avvengono soprattutto tra i maschi) possono costruirsi

un'immagine corporea debole e "lacunosa", convincersi di avere un fisico sbagliato o fragile, esprimersi con movimenti impacciati (Friedman, Downey, 1999).

Per spiegare meglio queste dinamiche, riportiamo l'esempio di un giovane paziente, Alberto. Nel percorso di psicoterapia emergono presto contenuti riguardanti lo stress di genere.

Alberto ricorda che da piccolo non era interessato ai "giochi da maschi" come il calcio. Preferiva trascorrere il tempo in compagnia delle bambine. Gli piaceva anche giocare con i bambini, ma mai in gruppo. In prima e in seconda elementare per lui era tutto normale. Tuttavia, dalla terza elementare in poi, ha iniziato a essere vittima di derisioni e prepotenze da parte dei bambini maschi: "Sei una femmina, un finocchio". Man mano si ritrovò a essere emarginato anche dalle bambine. Una volta gli gridarono: "Tu cosa fai qua? Non sei mica una femmina!". Alberto non capiva il motivo di tanta ostilità e il più delle volte rimaneva a giocare da solo negli intervalli di ricreazione.

Verso la fine del primo anno di terapia emergono contenuti riconducibili alla confusione di genere:

ALBERTO: In quarta elementare, per la festa del papà, portai a mio padre un lavoretto fatto da me. Ero molto orgoglioso della mia opera: un cuore fatto di palline di vari colori su un foglio con scritto "Ti voglio bene papà!". Quando glielo diedi mi ringraziò e mi diede una carezza. Ma quella sera sentii che parlava con mia madre. Erano preoccupati per i miei comportamenti da... bambina, si domandavano se fossi "normale". [...] Mi sentii sprofondare nel vuoto. [...] Sentivo che ero... sbagliato... non ero come *dovevo* essere.

Il percorso di psicoterapia ha consentito ad Alberto di comprendere questi vissuti rimasti fino a quel momento non elaborati. Ha così iniziato ad accogliere e ad accettare quelle parti di sé che gli altri chiamavano, spesso in un'accezione un po' dispregiativa o con una certa preoccupazione, "femminili", giungendo a un più integrato senso di sé. Alcuni mesi dopo la pausa estiva, Alberto racconta al suo terapeuta:

La vera svolta c'è stata sabato scorso. Mettendo in ordine la camera ho trovato una borsa che non usavo più da anni. L'ho vista e ho deciso di portarla con me tutta la sera. Quanto sono stato contento! Non trovo le parole per spiegarglielo... ecco, l'ho portata anche oggi, è lì! [...] Ho capito perché avevo smesso di portarla: per lo stesso motivo per il quale, di fronte ad altra gente, se mi accorgevo di avere le gambe accavallate, le rimettevo subito in una posizione normale. Insomma... ogni volta che sentivo di essere "femminile", mi sforzavo di essere "maschile". E così la borsa l'avevo messa nell'armadio e mai più utilizzata. Ma sabato l'ho ripresa. E da sabato la porto sempre con me. E... la stessa cosa è avvenuta con le mie parti che gli altri chiamano "femminili". Prima me ne vergognavo, ora non me ne vergogno più. A volte mi accorgo di avere l'impulso a disaccavallare le gambe. Ma non lo faccio. E sono contento.

"Aiuto, sono gay?" Favorire un'esperienza di sé autentica e integrata

Negli ambiti di consulenza psicologica o psicoterapia, può accadere di trovarci di fronte a un utente "tormentato" dal "dubbio" di essere omosessuale. Come evidenziano Gabbard, Roberts, Crisp-Han e collaboratori (2012), piuttosto che proclamare

dall'alto l'orientamento sessuale del paziente, può essere più fruttuoso compiere un percorso per scoprirlo insieme. In altre parole, il nostro compito non consiste nel fornirgli una risposta, ma nell'aiutarlo a trovarla predisponendo un setting dove si senta *sicuro* di esplorare ed esprimere se stesso. Infatti, come sosteneva Bowlby (1988), la psicoterapia deve servire al paziente come "base sicura" per esplorare i diversi aspetti della propria vita. La *nostra* apertura mentale sarà propedeutica a quella che potrà essere la *sua* apertura mentale. Predisponendoci in un assetto di ascolto rispettoso e non giudicante, potremo offrirgli uno spazio che si differenzi dai contesti eteronormativi ed eterosessisti in cui è cresciuto e vive tuttora. La relazione accogliente e il campo, liberato dagli stereotipi e dai pregiudizi interiorizzati, gli consentiranno di essere libero di esprimersi e di scoprire che è possibile sentirsi a proprio agio rispetto a chi è realmente. Così, anche attraverso l'individuazione e la messa a fuoco dei conflitti, verrà favorita l'integrazione delle componenti sessuali e affettive in un'identità coesa, arrivando a fare esperienza di una dimensione più autentica di sé.

Non dare per scontato l'orientamento sessuale dell'utente

Nei primi colloqui potremmo non conoscere l'orientamento sessuale dell'utente. Dare per scontato che sia eterosessuale equivale a perpetuare anche in ambito clinico l'"obbligo" eteronormativo con cui l'utente non-eterosessuale ha a che fare nella vita di tutti i giorni.

A tal proposito, Rigliano, Ciliberto e Ferrari (2012) evidenziano quanto sia importante un uso accorto del linguaggio. Per non veicolare messaggi di disconferma, è preferibile utilizzare un linguaggio neutro che favorisca l'espressione delle definizioni di sé e rispetti i tempi dell'utente. Domande come "In questo momento ha una relazione sentimentale?", "C'è stata qualche relazione particolarmente importante dal punto di vista amoroso o sessuale?", "Possiamo dare un nome a questa persona?", "Che tipo di relazione le piacerebbe?" sono preferibili a domande del tipo "Ha un/a fidanzato/a?", "È sposato/a?", "Desidererebbe avere un/a uomo/donna al suo fianco?".

In risposta a una domanda di tipo eteronormativo, l'utente non-eterosessuale certamente può scegliere di ridefinire la comunicazione esplicitando il proprio orientamento, tuttavia, lo metteremo di fronte a una relazione in cui l'interlocutore "dà per scontata" l'eterosessualità, cioè trasmette l'idea che l'omosessualità non sia nemmeno una possibilità da prendere in considerazione.

Ovviamente, quando l'utente condividerà con noi il proprio orientamento e la propria definizione di sé, non persistereemo nell'utilizzo di un linguaggio neutro rispetto al genere (altrimenti trasmetteremo un messaggio disconfermante).

Cristina è una ragazza di 23 anni che si è rivolta a un Centro di consulenza psicologica. Arriva in orario e nel corso del primo colloquio ha una notevole difficoltà a parlare del problema che l'ha spinta a rivolgersi al Centro e dal quale derivano le sue difficoltà nello studio. Con un grande sforzo riesce a dire che ha problemi di matrice relazionale: fatica a confidarsi con gli altri e, quando ci riesce, la relazione "finisce male".

CRISTINA: Eh... sì, sono soprattutto le relazioni sentimentali che non... non vanno.

PSICOLOGO: Le andrebbe di spiegarmi in che senso?

- C: Sono stata fidanzata per due mesi con... (sbuffa e gira la testa)... Ora mi ha lasciato, ma è stata da subito una persona molto importante per me. Anche questa volta non ha funzionato.
- P: Che tipo di persona era? Le va di parlargli?
- C: Si tratta di una *persona* che ho conosciuto in Erasmus...
- P: Fate gli stessi studi?
- C: Sì, anche se io sono molto più indietro... [...]
- P: Ha voglia di dirmi come si chiama questa persona?

La ragazza fa molta fatica a menzionare il genere della persona di cui è innamorata. Si tratta di un dialogo in cui lo psicologo deve rispettare il “mistero” che si cela dietro questa “persona”, ma al tempo stesso trasmettere alla paziente che può sentirsi libera di parlarne. Un approccio insomma opposto a quello che avrebbe mostrato uno psicologo che avesse fatto fin dal primo momento domande connotate secondo il genere, ad esempio: “Ma che cosa non andava nella relazione con questo ragazzo?”.

Riportiamo un altro esempio (Graglia, 2012, pp. 205-206):

Una donna anziana si rivolge al medico di base per problemi d’insonnia e perché da un po’ di tempo si sente debilitata e stanca.

MEDICO: È sposata?

PAZIENTE: No, ho divorziato trent’anni fa.

M: Vive da sola?

P: Sì [singhiozzando].

Il medico, dopo aver eseguito un esame fisico completo, pensa che la donna soffra di depressione e le prescrive alcuni antidepressivi.

La donna, come concordato, ritorna dopo qualche mese per un controllo. Il medico è in vacanza ed è presente un suo sostituto che le rivolge alcune domande.

SOSTITUTO: Vive da sola?

P: Sì [singhiozzando].

S: Ha sempre vissuto da sola?

P: No. La mia *coinquilina* ha vissuto con me per venticinque anni. È morta pochi mesi fa.

S: Era molto attaccata a lei?

P: Sì.

S: Le deve mancare molto.

P: Sì. Non posso sopportare di vivere senza di lei.

Il confronto tra le due modalità di condurre il colloquio, quella del medico sullo stato coniugale e quella del suo sostituto sullo stato relazionale, mostra come solo l’approccio del secondo medico abbia permesso di accedere al vero stato affettivo della paziente. È da notare come l’anziana donna abbia usato il termine “*coinquilina*” e non “*compagna*”, forse perché preoccupata della reazione del medico.

Adottare opportuni accorgimenti nella psicodiagnosi

Anche nell’effettuare una valutazione psicologica mediante test bisogna prestare attenzione a non commettere errori di carattere eteronormativo o eterosessista. Data la vastità dell’argomento, in questo contesto non ci è possibile fornirne una trattazione esaustiva. Riteniamo però importante accennare almeno ad alcuni aspetti fundamenta-

li, riportando qualche esempio. Come vedremo, il cattivo uso della psicodiagnosi può condurre il professionista a conclusioni errate. Questi casi costituiscono tuttavia una minoranza, potremmo dire “in via di estinzione” se confrontiamo le teorie e le pratiche psicodiagnostiche attuali con quelle del secolo scorso. La psicodiagnosi, come ogni branca scientifica, è soggetta a un’evoluzione continua che richiede una formazione adeguata e un costante aggiornamento del professionista (ovviamente, gli aggiornamenti in psicodiagnosi non hanno riguardato solo le tematiche legate all’omosessualità; per un corretto utilizzo della psicodiagnosi rimandiamo a Del Corno e Lang, 2009; Lang, 2008).

Un primo errore da evitare, anche nell’uso dei test, è quello di dare per scontato che il soggetto della valutazione sia eterosessuale. Inoltre, è altrettanto importante l’uso di un linguaggio appropriato (cfr. par. “Non dare per scontato l’orientamento sessuale dell’utente”, p. 253). Come evidenzia Graglia (2009), parlare di *preferenze*, *tendenze* o *scelte* in luogo di *orientamento sessuale* potrebbe comunicare significati impropri: il termine “preferenza” sembra rimandare a un “gusto” opzionale e può squalificare gli aspetti strutturali dell’orientamento sessuale; la parola “tendenza” richiama un’accezione negativa propria del linguaggio popolare; infine, anche il termine “scelta” pare improprio dal momento che l’orientamento sessuale *non è una scelta* – la scelta, semmai, riguarda la decisione di dichiararlo agli altri.

Gli strumenti utilizzati (i questionari, le interviste, i test proiettivi ecc.) possono contenere errori eteronormativi oppure essere basati su costrutti che patologizzano le omosessualità. Laddove non sia possibile “correggere” i test, perché sarebbe invalidato il confronto con i dati normativi, è fondamentale che il professionista presti la giusta attenzione e adotti il necessario senso critico nell’uso del test. È necessario, inoltre, che nelle informazioni anagrafiche del protocollo sia contemplata l’eventuale relazione di coppia, non solo nei termini di “matrimonio” (ad esempio: “Ha una relazione di coppia stabile?” invece di “È coniugata/o?”; “Si prende cura di qualcuno?” in aggiunta a “Ha figli?”).

Nello specifico, il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2; Hathaway, McKinley, 1989), lo strumento psicodiagnostico più noto e utilizzato non solo in ambito clinico, fu costruito in anni in cui l’omosessualità era considerata patologica. Benché sia stato aggiornato alla fine degli anni Ottanta, nella nuova versione non sono state prese in considerazione le affettività omosessuali e il concetto di relazione interpersonale è rimasto quello “tradizionale”, lasciando invariata la vecchia concezione secondo cui l’omosessualità corrisponderebbe a una “difettosa” identificazione di genere (ad esempio, item n. 62, “Ho spesso desiderato essere una donna, oppure (se lei è una donna) non mi è mai dispiaciuto essere una donna”; n. 538, “La maggior parte degli uomini è infedele alla propria moglie di quando in quando”; n. 563, “Nella maggior parte dei matrimoni, uno o entrambi i coniugi sono infelici”), mettendo di fatto le persone non-eterosessuali in difficoltà nel completamento del questionario. Nel mantenere il modello originale, il MMPI-2 ha continuato a includere la scala *Mf-Mascolinità/femminilità*¹² tra le Scale Cliniche di Base, nonostante non sia

12. La scala è stata originariamente costruita per valutare le caratteristiche di personalità nelle problematiche d’identificazione sessuale. È la scala più controversa per la natura del costrutto studiato ma anche per l’esiguità numerica del gruppo criterio, formato da soli 13 omosessuali maschi. I 56 item dal contenuto eterogeneo si

una scala clinica in senso stretto e diversi lavori abbiano confermato che non è una misura del disagio dell'identità bensì la misura dell'aderenza a modelli di comportamento. Per punteggi T 80, negli uomini, il manuale evidenzia: "Interessi tradizionalmente femminili; Conflitti riguardanti l'identità sessuale; Passivo ed effeminato; Incerta assertività; *Tendenze omoerotiche*" (Hathaway, McKinley, 1989, p. 56; corsivo nostro). Le "tendenze omoerotiche" sono poste dopo una sequenza di asserzioni stigmatizzate e all'interno di uno strumento che dovrebbe valutare la presenza di aspetti psicopatologici. Voci autorevoli quali John Graham (2012) e David Nichols (2011) mettono in evidenza che alcuni uomini, nonostante riportino punteggi alti sulla scala Mf-Mascolinità/femminilità, non hanno gli interessi stereotipici maschili bensì estetici e artistici, e partecipano attivamente alle pulizie di casa e alla crescita dei figli. Al contrario, vi sono donne che, nonostante riportino punteggi alti, sono viste come assertive e competitive, rifiutano ruoli stereotipicamente femminili, possono essere interessate a sport, hobby e altre attività tradizionalmente considerate più maschili. In entrambi i casi, la scala è sensibile all'ambiente socio-culturale e al livello d'istruzione: più sono elevati, più giustificano punteggi elevati. L'identificazione con il ruolo maschile e femminile è, inoltre, evidenziato da due scale specifiche nate come misure indipendenti dalla scala Mf, e denominate GM-*Ruolo di Genere Maschile* e GF-*Ruolo di Genere Femminile*. Entrambe le scale non considerano l'eventuale orientamento omosessuale del soggetto e le caratteristiche attribuite corrispondono a stereotipi sociali e culturali.

Il terreno diventa più infido e scivoloso quando si ha a che fare con le cosiddette tecniche proiettive. Il *Test della figura umana* come introdotto da Karen Machover (DAP; 1949, 1951) pone subito l'accento sul sesso della prima figura disegnata: secondo l'autrice, in presenza di problematiche inerenti l'identità sessuale, si tenderebbe a disegnare come prima figura quella di sesso opposto. Inoltre, l'autrice elenca una serie di segni che caratterizzano, a suo dire, i disegni delle persone omosessuali: enfasi sui capelli, occhi eccessivamente larghi ed evidenziati, orecchie grandi, enfasi sul naso, enfasi sulla bocca, enfasi sui fianchi.¹³ Tutti segni che non sono mai stati sottoposti a verifica empirica, come del resto tutta la costruzione teorico-interpretativa proposta da Machover che, pertanto, sarebbe opportuno non considerare.

La questione dell'identificazione con una figura di sesso opposto permea anche altre tecniche proiettive, quali il *Test di Rorschach* e il *Thematic Apperception Test* (TAT) di Henry Murray.

Un certo numero di lavori sul *Rorschach*, precedenti l'affermarsi del *Comprehensive System* (Exner, 2003), basati fondamentalmente sul contenuto delle risposte, hanno cercato di identificare una serie di indicatori delle "tendenze omosessuali". Tra questi, è famoso il lavoro di William Wheeler (1949) in cui viene presentata una lista di 20 segni che caratterizzerebbero le risposte al Rorschach degli omosessuali maschi. Si

riferiscono in minima parte a sintomi clinici e a preoccupazioni sessuali. La maggior parte fa invece riferimento a interessi, a scelte di vita o professionali che lo stereotipo sociale definisce come tipicamente maschili o femminili (Abbate, Massaro, 2009, pp. 362-363).

13. Anche nella letteratura più recente tali segni vengono proposti come "indicatori di tendenze omosessuali" (vedi ad esempio Roberti, 2012).

tratta, in realtà, di assunzioni banali e prive di fondamento scientifico: risposte di abiti femminili, presenza di genitali, figure umane di sesso confuso o incerto ecc. Inoltre, una serie di questi e altri segni caratterizzerebbero, secondo Wheeler, sia i protocolli degli omosessuali sia dei paranoici, perpetuando così la vecchia e fallace ipotesi di una connessione tra paranoia e omosessualità. Ma i lavori sulla validità e sull'attendibilità sono quasi inesistenti: molti di questi 20 segni fanno parte di quelle ipotesi accettate solo perché diffuse. Considerata la rimozione dell'omosessualità da qualsiasi nosografia psichiatrica, tutta la letteratura (che non si ferma a Wheeler) sugli indicatori di omosessualità manifesta o latente assume solo un valore storico e pertanto il suo utilizzo non è opportuno. Del resto, già Dolores Passi Tognazzo e Giorgio Barattella (1981), in un lavoro effettuato su un gruppo di 50 omosessuali *non-patient*, avevano messo in evidenza come non vi fosse alcuna indicazione che le risposte al Rorschach potessero essere utili per la "diagnosi di omosessualità". Come abbiamo già visto (cfr. par. "La depatologizzazione dell'omosessualità", p. 228), nel 1957, anche Evelyn Hooker era arrivata alle stesse conclusioni attraverso la somministrazione di alcuni test proiettivi (Rorschach, TAT e MAPS) a gruppi etero- e omosessuali reclutati da popolazioni non cliniche. I protocolli furono valutati in cieco rispetto all'orientamento sessuale dei partecipanti alla ricerca, ma non emerse la possibilità di distinguere i due gruppi e quindi di rintracciare indicatori psicopatologici dell'omosessualità.

In considerazione degli errori metodologici fin qui accennati, lo psicologo che si accinge a scrivere una relazione psicologica non deve mai evidenziare la presenza di orientamenti omosessuali o di un possibile disturbo dell'identità di genere solo perché questi emergono da indicatori che sappiamo essere falsi o non fondati empiricamente, fuorvianti e/o comunque superati. Inoltre, al di là dei risultati ottenuti con i test, nel report psicodiagnostico è possibile riferire eventuali disagi rispetto all'orientamento sessuale o all'identità di genere solamente nel caso in cui vi siano il consenso di chi si sottopone alla valutazione e una chiara ed esplicita richiesta nella domanda d'invio.

Cogliere e rispettare le sfumature nella definizione di sé

Un utente può definirsi in base all'orientamento sessuale in vari modi, ad esempio dichiarandosi "omosessuale", "gay", "lesbica", "bisessuale", "eterosessuale", oppure rifiutandosi di dare una definizione di sé che lo "etichetti" in base all'orientamento sessuale.

È pertanto *necessario* e anche *utile* cogliere le differenze nelle sfumature che un utente/paziente utilizza per definirsi e raccontarsi in relazione alla propria sessualità.

Chi si definisce "gay", ad esempio, può tendere a considerare l'orientamento sessuale come una componente di base della propria identità in senso ampio. Definirsi "omosessuale", invece, può suggerire svariati significati: una definizione più legata al comportamento che alla sessualità, un approccio "medicalizzato" alla propria sessualità, una presa di distanza dalla "comunità gay" ecc. A volte è utile cercare di capire, insieme al paziente, le ragioni della scelta di un termine piuttosto che di un altro; si pensi, ad esempio, a chi si autodefinisce "frocio": è ironia? autodisprezzo? provocazione? Queste sono comunque indicazioni di massima, che vanno sempre verificate

attraverso l'esplorazione dei significati sottostanti. Vediamo un'altra vignetta tratta da una consultazione.

Riccardo è uno studente universitario di 19 anni. Si è rivolto allo psicologo a causa di problemi con i genitori. Diversamente dagli anni di liceo, non riesce a trovare la concentrazione necessaria per studiare.

RICCARDO: Il fatto è che non mi sento come gli altri...

PSICOLOGO: Mi può spiegare in che senso?

R: Credo di essere... omosessuale... è da un po' di anni che l'ho capito e ne ho parlato con mia madre.

[...]

P: Le andrebbe di raccontarmi come ha "reagito" sua madre quando lei le ha detto che crede di essere *omosessuale*?

R: Mi ha detto "non dire stupidaggini!".

Se lo psicologo avesse detto "essere gay" invece di "essere omosessuale", avrebbe probabilmente attribuito a questo ragazzo un'identità che lui al momento sente "estranea" (cfr. Glossario, *Identità sessuale*).

Comprendere i conflitti e favorire la loro integrazione: l'esempio di omosessualità e religione

In consultazione o in psicoterapia può accadere di vedere pazienti che presentano una vera e propria "lotta interna" tra parti di sé vissute come inconciliabili. Per parlare di questo tema faremo riferimento al frequente conflitto tra omosessualità e religione, ma è importante ricordare che i conflitti identitari possono riguardare anche altri ambiti (oltre che non essere connessi con l'orientamento sessuale).

L'impatto negativo del conflitto tra omosessualità e religione sulla salute mentale è stato ampiamente dimostrato (Hatzenbuehler, Pachankis, Wolff, 2012; Schuck, Liddle, 2001). Se, come clinici, ci schierassimo dall'una o dall'altra parte, sminuendo quindi l'importanza o dell'omosessualità o della religione, non faremmo altro che riprodurre e rinforzare il conflitto, e non aiuteremmo il nostro paziente.

Il lavoro clinico dovrebbe invece favorire il dialogo e l'integrazione delle parti di sé in conflitto, cercando, di fronte a eccessive polarizzazioni, una "terza possibilità". Il nostro compito professionale è quello di aiutare le persone non solo a riconoscere e rispettare le direzioni del proprio desiderio, ma anche a comporre il senso assolutamente personale della propria identità tra genere, orientamento sessuale e cultura sociale. Come è stato dimostrato dagli studi sopra citati e più dettagliatamente da Harris, Cook, Kashubeck-West (2008), omosessualità e religione *possono* andare d'accordo: un più liberale e meno dogmatico rapporto con la religione si accompagna a livelli più bassi di omofobia interiorizzata e a un'identità sessuale più integrata.

In Italia, Nuova Proposta e Il Guado sono solo alcuni esempi di associazioni di gay e lesbiche credenti che vivono la propria sessualità in armonia con la fede cristiana. Posizioni accoglienti sono state assunte anche da don Luigi Ciotti, da don Andrea

Gallo e dal cardinale Carlo Maria Martini (cfr. Martini, Marino, 2012). Una figura di spicco è quella di don Franco Barbero,¹⁴ un sacerdote dimesso dallo stato clericale che nella sua opera di volontariato fornisce aiuto ai credenti in conflitto con la propria omosessualità (cfr. Quaranta, 2008). Il 7 settembre 2012, suor Stefania Baldini, don Fabio Masi, don Alessandro Santoro e don Giacomo Stinghi hanno pubblicato sull'edizione di Firenze de *la Repubblica* una lettera aperta all'arcivescovo Giuseppe Betori in cui ribadiscono: "È importante che la Chiesa riconosca positivamente il cammino della scienza nella conoscenza dell'uomo e non dichiari verità assolute quelle che poi dovrà riconoscere errate, come è accaduto in passato. Questi fatti ci inducono a vedere l'omosessualità in un orizzonte nuovo e ad affrontarla con uno sguardo morale diverso".¹⁵

In molti casi, queste "posizioni accoglienti" hanno aiutato persone omosessuali credenti a integrare la propria dimensione spirituale con il proprio orientamento sessuale. Riportiamo, a titolo di esempio, l'esperienza di Natascia:¹⁶

Nel momento in cui mi sono riconciliata con la mia affettività e il mio orientamento omosessuale, ho trovato ad attendermi Gesù. Ho sentito un forte senso di liberazione e qualcosa si è sciolto dentro di me: finalmente potevo vivere pienamente la mia identità. È stato un cammino lungo che mi ha chiesto umiltà e coraggio, ma da lì sono ripartita per costruire una vita vera, sana ed equilibrata.

E anche quella di Pasquale (Quaranta, 2008, p. 11):

Sette anni fa [...] mi rivolsi a don Franco, perché non riuscivo a conciliare la mia fede cattolica con quei sentimenti di cui pensavo dover solo vergognarmi. Diversamente da qualche altro sacerdote, don Franco non manifestò alcun segno di prevenzione. Compresi che mi rispettava e mi accoglieva per ciò che ero e non per ciò che – supponevo – sarei dovuto diventare. Iniziiò a insegnarmi che il Vangelo e l'amore di Dio erano realtà vive anche per me; che dovevo imparare a non dipendere da quei giudizi tanto assoluti, ma ora infondati, ora discutibili, che circolano nella Chiesa cattolica su di noi.

Nei contesti clinici è necessario riconoscere il profondo conflitto interiore portato da una persona omosessuale credente. La sua comprensione ci aiuterà anche a evitare pericolose "forzature identitarie", come riportiamo nella vignetta seguente.

Lucio è un ragazzo appartenente a una famiglia benestante di una piccola città. I genitori insegnano entrambi in un liceo: il padre letteratura italiana e la madre religione. Ha un fratello più grande e uno più piccolo. Il clima familiare è sempre abbastanza sereno. Comincia ad avere le prime attrazioni verso i ragazzi a 12 anni ma cerca di non pensarci, fino a quando, a

14. Don Franco Barbero è stato dimesso dallo stato clericale nel 2003, a causa delle sue posizioni teologiche, da Papa Wojtyła e dall'allora cardinale Ratzinger in qualità di prefetto della Congregazione per la dottrina della fede.

15. Per il testo integrale della lettera, rimandiamo al sito de *la Repubblica*: firenze.repubblica.it/cronaca/2012/09/07/news/chiesa_e_gay_lettera_aperta_a_betori-42077122.

16. Natascia era venuta a Roma come novizia in un Istituto religioso. Cresciuta culturalmente e affettivamente nella Chiesa cattolica, in una parrocchia bresciana, aveva lavorato molto nella pastorale della sua diocesi. Dai 20 ai 34 anni si è confrontata con la sua vocazione. Ora, insieme alla compagna Alessandra, è madre di due bambini.

17 anni, si ritrova a desiderare un compagno di scuola con cui si scambia un bacio. Dopo questo episodio, Lucio inizia a vivere un tumulto interiore molto forte: smette di frequentare la parrocchia del quartiere e rinuncia alla sua attività di capo scout. Riesce a raccontare la sua storia a una cara amica, la quale gli dice: "In questi casi devi scegliere: non puoi essere gay e allo stesso tempo credere in Dio". Queste parole lo sconvolgono e accentuano il suo conflitto interiore, tanto da portarlo a rifiutarsi di andare a scuola, passando molto tempo a meditare il suicidio. Per interessamento dei suoi professori, inizia degli incontri con una psicoterapeuta, che continuerà a vedere ogni settimana per alcuni anni. Riesce così a parlare del suo sentimento di "tradire Dio", trovando finalmente una persona capace di comprendere quanto sia grande la sua sofferenza. Pian piano riesce a sentire sempre meno "inconciliabili" la sua fede e i suoi desideri. Decide di aprire un forum su internet nel quale inizia a discutere con altri del rapporto tra omosessualità e religione. A poco a poco, il forum diviene abbastanza popolare. Verso la conclusione della psicoterapia, racconta di un ragazzo conosciuto nel forum che ha anche incontrato di persona: "Quando mi ha parlato del suo tormento interiore mi rivedevo in lui. Capivo bene cosa gli stesse accadendo. Quasi con mia sorpresa, affrontare con lui queste tematiche non mi ha spaventato, anzi mi sono reso conto di quanto sono diventato capace di riuscire a gestirle... con tranquillità".

Comprendere i significati sottostanti le richieste di modificare l'orientamento sessuale o di fare una "terapia riparativa"

Può capitare che una persona omo/bisessuale manifesti il desiderio di intraprendere una terapia per "diventare eterosessuale". In tali casi è indispensabile condurre un'appropriate analisi della domanda esplorando cosa sottende il desiderio di "diventare eterosessuale": quali paure, quali certezze infrante e quali aspettative deluse.

Un buon approccio clinico richiede che siano accolti i dubbi, le paure, la sofferenza, ma al tempo stesso siano individuati gli aspetti di autodisprezzo o anche autodistruttivi che portano alla domanda di "cambiare" (Lingiardi, Nardelli, 2008). In altre parole, è necessario "interrogare" e comprendere le richieste e le motivazioni esplicite e implicite portate dal paziente senza colludere con esse, al fine di aiutarlo ad analizzare perché e "per chi" egli sia arrivato a formulare la domanda di "riconversione".

Inoltre bisognerebbe capire in quale contesto familiare, sociale e culturale, nasce la richiesta e non trascurare il peso di condizionamenti "esterni". A volte succede che sia portata non dal soggetto interessato ma dai suoi familiari, ad esempio i genitori di un adolescente.

Riportiamo, come esempio, una vignetta tratta da una terapia di coppia in cui uno dei due coniugi chiede se l'altro, bisessuale, può essere aiutato a recuperare la sua "parte eterosessuale".

Enrico e Renata sono una coppia sposata da 25 anni. Hanno due figli, uno di 20 e l'altro di 14 anni. Nonostante il matrimonio, Enrico ha avuto, con frequenza sempre maggiore, rapporti omosessuali all'insaputa della moglie. Circa due anni fa, Renata ha scoperto le relazioni extraconiugali del marito. Un anno dopo la "scoperta", e la conseguente "crisi", hanno iniziato una psicoterapia di coppia.

Enrico tende a dichiararsi bisessuale, da un anno ha una relazione stabile con un uomo e ha interrotto i rapporti con la moglie. Renata vorrebbe che fosse aiutato a recuperare la sua "parte eterosessuale" per poter continuare a stare insieme e non "distruggere la famiglia".

A questa richiesta i co-terapeuti hanno risposto che non esistono trattamenti che consentano di intervenire sulla direzione dell'orientamento sessuale. Ma neppure si sono "schierati" in una direzione o nell'altra.

Il lavoro clinico, che è proseguito per circa un anno, è consistito nell'aiutarli a elaborare le loro dinamiche individuali, diadiche e relazionali. Da questo lavoro è emersa una ridefinizione del problema per cui il perdurare della tendenza a riconoscersi nel rapporto coniugale sarebbe riconducibile a dimensioni motivazionali di attaccamento-affiliazione, mentre il desiderio di Enrico di avere rapporti extra-coniugali con uomini sarebbe più riferibile al sistema della sessualità e al bisogno di esplorarla. Una ridefinizione ovviamente schematica, che vuole mostrare alla coppia l'esistenza di due spinte motivazionali che Enrico non riesce a conciliare, ma che vuole anche aiutare Enrico e Renata a mantenere un senso di sicurezza e continuità rispetto a un "noi" familiare.

Il desiderio della moglie di trattenere il marito "a tutti i costi" ha perso col tempo consistenza. I due sono riusciti a separare il piano sessuale da quello affettivo che ancora li lega, trovando un dialogo che li ha messi in grado di affrontare il tema della separazione. In fase di conclusione del percorso, Renata – che fino a quel momento aveva solo vissuti di tradimento e inganno – ha iniziato a riacquistare fiducia in se stessa e nella possibilità di una nuova relazione. Enrico, sentendo di non aver mai fatto davvero "chiarezza" rispetto al proprio orientamento sessuale, ha iniziato una psicoterapia individuale per metterne a fuoco la storia, i vissuti e le dinamiche conflittuali. Entrambi hanno cominciato a contemplare la possibilità di un divorzio pacifico, con il "patto" di rimanere uniti nella gestione dei figli.

Oltre a fare un'appropriata analisi della domanda, è anche importante ricordare che la comunità scientifica internazionale considera l'omosessualità come una "variante positiva della sessualità umana" (per un excursus storico da Freud ai giorni nostri, cfr. Drescher, 2009 e anche Lingiardi, Luci, 2006). Ma è anche necessario essere a conoscenza dell'inefficacia e dei rischi connessi agli interventi psicologici – generalmente detti "terapie riparative" – che si propongono l'obiettivo di modificare l'orientamento sessuale di un individuo (cfr. Parte I; vedi anche Lingiardi, 2007/2012; Rigliano, Ciliberto, Ferrari, 2012; Shidlo, Schroeder, 2002; vedi anche il documentario *Abomination: Homosexuality and the Ex-Gay Movement* diretto e prodotto da Alicia Salzer nel 2006 e i video tratti dal convegno internazionale *Omosessualità e psicoterapie*,¹⁷ tenutosi a Roma il 7 novembre 2009).

Robert Spitzer, autorevole psichiatra che nel 2003 pubblicò uno studio nel quale sosteneva la possibilità di cambiare orientamento sessuale per chi era "motivato" in tale direzione, nel 2012 ha riconosciuto l'inefficacia delle terapie riparative:

Credo di dovere alla comunità gay le mie scuse per lo studio in cui ho fatto affermazioni non dimostrate sull'efficacia della terapia riparativa. Devo anche scusarmi con ogni persona gay che ha sprecato tempo ed energie nel sottoporsi a qualsivoglia genere di terapia riparativa perché riteneva che io avessi dimostrato che con persone altamente motivate poteva funzionare. (Spitzer, 2012)

17. Il convegno internazionale *Omosessualità e psicoterapie* (Roma, 7 novembre 2009) è stato organizzato dalla II Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica della Facoltà di Psicologia 1, Sapienza Università di Roma, in collaborazione con l'Ordine degli Psicologi del Lazio e l'Associazione Italiana di Psicologia (AIP) e con il patrocinio della Regione Lazio, della Provincia di Roma e del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOPI). Ulteriori informazioni, video e materiali sono disponibili sul sito dell'Ordine degli Psicologi del Lazio: www.ordinepsicologilazio.it/news/pagina177.html.

A livelli più o meno espliciti, gli interventi “riparativi” rinforzano pericolosamente il senso di colpa e il senso di disapprovazione sociale (cfr. par. “Atteggiamenti degli psicologi verso le omosessualità”, p. 231). Le “terapie riparative” sono sempre basate su premesse ideologiche e talvolta religiose che contribuiscono a esacerbare il senso di solitudine e/o di malattia che affligge le persone omosessuali che le ricercano, incoraggiandole a fondare le proprie scelte di vita su un’ autorità esterna. Infatti, spesso appellandosi ad alcuni valori morali, queste “terapie” rinforzano solo un lato del conflitto del paziente e lo agiscono, anziché esplorarlo, nel rapporto interpersonale con il terapeuta, favorendo le dinamiche dissociative anziché quelle integrative.

Inoltre, le “terapie riparative” e le dinamiche individuali e socioculturali che ne costituiscono le fondamenta sollecitano l’ attenzione a una dimensione deontologica oltre che strettamente clinica. Nel 2011, un comunicato stampa del Presidente dell’ Ordine degli Psicologi del Lazio¹⁸ interveniva così in merito alle affermazioni di Mons. Paolo Rigon¹⁹ che aveva pubblicamente affermato la concreta possibilità di “guarire dall’ omosessualità”:

Siamo davvero sconcertati e preoccupati che da uno scranno così alto vengano riproposte teorie che non hanno alcun fondamento scientifico e che considerano l’ omosessualità una malattia. Ancor più ci ha colpito il tono offensivo e irrispettoso dell’ intervento di Mons. Rigon, che ha usato parole quali “estirpare” o “incancrenire”, quasi a gettare una luce oscura sull’ omosessualità, avallando, di fatto, una cultura omofobica, purtroppo ancora radicata in una parte autorevole del mondo della Chiesa e nel Paese. Ci auguriamo che le reazioni arrivate dalla comunità scientifica, dalle Associazioni e dagli Ordini inducano a smentire affermazioni gravi e inaccettabili, nelle quali certamente la Chiesa non può riconoscersi, anche perché in un momento in cui prendono vigore sentimenti xenofobici e di rifiuto per il “diverso”, a chi è investito di così tanta responsabilità e tanto influenza l’ opinione pubblica, chiediamo una maggiore prudenza.

Sentiamo l’ obbligo, oggi, di rinnovare la piena condanna verso ogni tentativo di patologizzare l’ omosessualità [...].

Nel manifesto contro le terapie riparative che abbiamo sottoscritto²⁰ viene evidenziato che “la persona omosessuale che chiede di essere ‘guarita’ va ascoltata e aiutata a capire le ragioni della sua difficoltà ad accettarsi, ma non va ingannata con la promessa di terapie miracolistiche prive di efficacia dimostrata”. E anche che “le ‘terapie riparative’ e ogni teoria filosofica o religiosa che pretenda di definire l’ omosessualità come intrinsecamente disordinata o patologica, non solo incentivano il pregiudizio antiomosessuale, ma screditano le nostre professioni e delegittimano il nostro impegno per l’ affermazione di una visione scientifica delle omosessualità”.

Ribadiamo ancora con chiarezza che chi classifica l’ omosessualità come patologia, e ne propone una “cura”, si pone al di fuori dell’ art. 4 enunciato tra i principi generali del Codice deontologico e del dialogo clinico scientifico e in quanto tale deve essere segnalato agli organi competenti, cioè agli Ordini professionali”.

Alcuni mesi dopo, segue un altro comunicato stampa²¹ a firma del Presidente del Consiglio Nazionale dell’ Ordine degli Psicologi, dove si ribadisce che:

18. Cfr.: www.ordinepsicologilazio.it/h_rassegna_stampa/h_comunicati_stampa/pagina58.html.

19. Cfr.: genova.repubblica.it/dettaglio-news/20:29/3920485.

20. Cfr. Appendice C.

21. Cfr.: psy.it/archivio/allegati/2011_07_20.pdf.

l'omosessualità non è una malattia da curare, né un orientamento sessuale da modificare: affermare il contrario è una informazione scientificamente priva di fondamento e foriera di un pericoloso sostegno al pregiudizio sociale.

L'omosessualità non è una malattia ma, citando l'Organizzazione Mondiale della Sanità, una "variante naturale del comportamento umano"; è peraltro ampiamente dimostrato che i tentativi di "conversione" dell'omosessualità in eterosessualità non solo falliscono, ma anche segnano, e spesso gravemente, le condizioni psichiche di chi vi si sottopone.

Perché "curare" ciò che non è malato? Su questi punti, il consenso della comunità scientifica italiana e internazionale è assoluto.

Lo psicologo non deroga mai ai principi del Codice deontologico, nessuna ragione né di natura culturale né di natura religiosa, di classe o economica può spingere uno psicologo a comportamenti o a interventi professionali non conformi a tali principi. È evidente quindi che lo psicologo non può prestarsi ad alcuna "terapia riparativa" dell'orientamento sessuale di una persona, quanto piuttosto lavorare insieme al proprio cliente per superare eventuali disagi connessi al proprio orientamento sessuale.

Comprendere ed esplorare il processo di coming out

Come abbiamo già evidenziato, a differenza di altre minoranze che hanno a disposizione modelli di riferimento positivi fin dall'infanzia e possono contare sul sostegno familiare, le persone LGB devono spesso confrontarsi con l'omofobia che permea anche i contesti familiari: dalle battute di spirito agli atteggiamenti antigay più espliciti, diverse tipologie di messaggi eteronormativi o eterosessisti possono caratterizzare le comunicazioni quotidiane. Prima di comprendere il significato di termini quali "omosessualità", "gay" o "lesbica", il bambino – qualunque sia la direzione del suo orientamento sessuale – imparerà prima di tutto che indicano qualcosa di profondamente sgradevole.

Nel momento in cui l'individuo omosessuale, contrariamente alle aspettative eteronormative, comincia a comprendere che l'oggetto del proprio desiderio non appartiene all'"altro sesso" ha inizio il *processo di coming out*. Man mano che riesce a integrare sul piano dell'identità le attrazioni omoerotiche e i sentimenti connessi, sarà sempre più a suo agio rispetto al proprio orientamento sessuale e sempre più disponibile a condividerlo con gli altri. Il termine *coming out* è infatti l'abbreviazione di "coming out of the closet", un'espressione che letteralmente vuol dire "uscire dal ripostiglio" e, figurativamente, "rivelare il proprio orientamento agli altri". La *closetedness* è la condizione di mascheramento che caratterizza l'esistenza fino a quel momento. Quando l'individuo è ancora in questa condizione viene detto *closeted*, termine traducibile in italiano come *velato*.

Chi è ancora "nel closet" può non riconoscere o comunque non riuscire a comunicare agli altri le proprie fantasie e i propri desideri omoerotici. Chi riesce ad approdare a uno stadio successivo [uscendo dalla condizione di *closetedness*] di solito ricorda e descrive questo stato mentale come "non volevo/non potevo riconoscere questi sentimenti". Per chi è velato, i sentimenti legati alle attrazioni omoerotiche possono essere inaccettabili, inaccessibili alla consapevolezza o non integrati nell'immagine che vogliono comunicare all'esterno. È possibile rimanere in questa condizione per tutta la vita.

Sul piano soggettivo, una persona che non ha fatto coming out potrebbe dire a se stessa che non ha sentimenti omosessuali veri e propri o, se ne è cosciente, potrebbe attribuirvi altri significati oltre all'omosessualità (ad esempio, "una fase transitoria"). In ambito clinico, è difficile che sia terapeutico dire "Lei è gay, ma non lo sa" a una persona che si trova in questo stato mentale. Nascondendosi sia agli altri sia a se stesso, l'individuo velato potrebbe non agire per nulla i propri sentimenti omosessuali o potrebbe riuscire a farlo solo in uno stato dissociativo. Le teorie di Harry Stack Sullivan sulle operazioni dissociative sono estremamente utili per comprendere questi individui e per condurre con loro un lavoro terapeutico. Nella prospettiva sullivaniana, la maggior parte delle persone utilizza ogni giorno varie tipologie di difese dissociative. Nel continuum dei fenomeni dissociativi teorizzato da Sullivan, la *disattenzione selettiva* costituisce un processo adattivo che aiuta a gestire meglio la vita, come quando ci troviamo in una strada piena di traffico ed "escludiamo" il rumore di fondo. Sul piano clinico, il grado di "camuffamento" si può situare tra una disattenzione selettiva, che spesso riscontriamo nei pazienti che comunque pensano alla possibilità di essere gay, e una forma grave di dissociazione, in cui qualunque accenno a sentimenti omosessuali si trova completamente al di fuori della coscienza (Drescher, 2012a, pp. 7-8, trad. nostra).

Riportiamo una vignetta che ritrae queste dinamiche:

Biagio ricorda di aver avuto le prime fantasie omosessuali in tarda adolescenza. Nonostante ciò, a 20 anni si è sposato con Elisabetta. Per molti anni ha avuto un partner omosessuale fisso, vivendo i due piani in modo nettamente separato.

BIAGIO: Ora mi accetto di più.

PSICOTERAPEUTA: In che senso?

B: Prima preferivo essere quello che faceva finta di essere... ora sto comunque attento... ometto di dire le cose, ma non mento più. Comunque non mi sento mai tranquillo nel parlare della mia omosessualità agli altri... lo faccio solamente quando sono del tutto sicuro di essere accettato.

[...]

B: Penso di non fare abbastanza per gli altri. Penso di non essere un buon padre, un buon marito, un buon amico... un buon figlio. [...] Mi sento di aver fallito su tutto. [...]

P: Dev'essere molto difficile alzarsi ogni mattina con questo senso di colpa.

B: Sì. È così...

P: Insomma lei si sente costantemente in colpa.

B: Ma è da quando ero ragazzino che sono tormentato dai sensi di colpa! ...anzi, forse c'è una connessione con l'omosessualità.

Con avanzamenti, battute d'arresto e regressioni, il coming out è *un processo sempre in corso*. L'orientamento omo/bisessuale, a causa della sua intrinseca "invisibilità", pone continuamente di fronte alla scelta se rivelarsi o no agli altri. È una dinamica che ha un "costo psicologico" perché mette l'individuo davanti a un bivio. A volte la scelta della strada da intraprendere dev'essere compiuta in un breve lasso di tempo e spesso all'interno di comunicazioni eteronormative, quindi già disconfermanti in partenza. Si pensi alla domanda che è comunemente rivolta ai giovani, dandone per scontata l'eterosessualità. A una ragazza: "Ce l'hai il ragazzo?"; e a un ragazzo: "Ce l'hai la ragazza?". A volte però l'individuo può "fermarsi" di fronte a questo bivio con il dubbio se "rivelarsi" o meno. Spesso il desiderio di essere sinceri e autentici

con i propri genitori, i propri insegnanti, i propri amici e, in definitiva, se stessi, è la molla che spinge al coming out. Ma la paura di deludere o procurare un dispiacere è molto forte.

Scegliere di rivelare il proprio orientamento non-eterosessuale è, in definitiva, un atto comunicativo importante che, se da un lato può favorire l'autenticità della relazione, dall'altro potrebbe essere seguito da reazioni ostili. Tutte le volte che una persona omosessuale parla di sé con sincerità (al medico, al vicino di casa, al collega di lavoro) "fa coming out" – e si assume il "rischio" di incorrere in reazioni negative.

Il coming out è quindi al tempo stesso un processo e un atto: un *processo* che mette l'individuo nella condizione di compiere in maniera volontaria l'*atto* di svelare il proprio orientamento sessuale.

Spesso viene detto che una certa persona "ha fatto outing" intendendo che ha scelto di dichiarare pubblicamente il proprio orientamento sessuale. Letteralmente, anche in questo caso si dovrebbe parlare di coming out. Il termine *outing* indica invece che la rivelazione pubblica dell'orientamento sessuale di un individuo è stata fatta da altri, di solito contro la sua volontà e/o senza il suo consenso. Si tratta di una distinzione lessicale che rispecchia una differenza a livello psicologico: una persona può *subire* l'outing oppure *scegliere* di fare coming out. L'orientamento sessuale è una dimensione nucleare dell'individuo che, quando non è eterosessuale, può essere oggetto di stigma sociale. Pertanto, il suo svelamento comporta conseguenze che la persona può non essere disposta ad affrontare o non essere in grado di gestire.

Come psicologi e psicoterapeuti, questi argomenti ci aiutano a capire quanto sia importante la dimensione della *consapevolezza* nel fare coming out: il fatto che sia un atto "volontario" non implica necessariamente che si tratti di un *atto pensato* e non di un *agito*. In ambito clinico è importante comprendere, insieme all'utente, i significati che rivestono l'atto del coming out e poterne valutare le conseguenze. Ad esempio, dichiararsi gay a un gruppo di bulli omofobi potrebbe rappresentare un atto di coraggio, ma anche la ricerca di una "punizione" per un'omosessualità conflittuale; oppure, dichiararsi gay in maniera indiscriminata e "aggressiva" potrebbe indicare un disagio "risolto" con una certa dose di reattività. Altra cosa sono quei coming out che rispecchiano un'intenzione autentica di condividere i propri aspetti identitari e le proprie esperienze: un adolescente che ne parla con il suo migliore amico; un genitore che, accettata la propria omosessualità, ne parla con i figli ritenendoli sufficientemente maturi per affrontare l'argomento; una coppia gay con figli che incontra i loro insegnanti; una persona che fa coming out nel corso di una conversazione perché non è (più) disposta a nascondersi.

Nei contesti clinici è importante rilevare se e come l'utente fa coming out con noi, cercando di comprendere le nostre reazioni e le dinamiche relazionali che ne seguono. Ad esempio, il paziente potrebbe abilmente utilizzare un linguaggio senza connotazioni di genere che implicitamente ci rivelerebbero il suo orientamento sessuale, pur facendo riferimento a "un" generico partner: "L'altra sera sono uscito con una persona che frequento da un po' di tempo... A un certo punto le ho detto che sarebbe bello passare un fine settimana insieme..." (Lingiardi, 2007/2012, p. 112).

È anche importante esplorare, insieme al paziente, l'evoluzione del processo di coming out che include la rivelazione di sé alle persone significative. Sul versante in-

trapsichico è utile comprendere come e quando è avvenuto il riconoscimento del desiderio verso le persone dello stesso sesso e quali sono stati i vissuti. Su un versante più relazionale, è utile capire con chi ha fatto il primo coming out (se con i genitori, i familiari, gli amici, i colleghi ecc.), quali modalità ha utilizzato, quali parole, quali reazioni si aspettava, che cosa è invece accaduto e quali sono stati i vissuti precedenti e successivi alla rivelazione di sé.

Il coming out con la famiglia può essere funzionale a favorire l'autenticità delle comunicazioni e la condivisione degli affetti. Come evidenzia Pietrantoni (1999, p. 65),

lo svelamento [alla famiglia] ha in sé la potenzialità di avviare un progressivo miglioramento della comunicazione genitori-figli che spesso in passato si era nutrita di disonestà, astio e incomprensioni. Così, in alcuni casi, anche se può solo sembrare paradossale, lo svelamento dell'omosessualità libera nuovi sentimenti, riavvicina e rinsalda i legami familiari.

Tuttavia, nel momento in cui bisogna aiutare il paziente nel compiere una scelta consapevole rispetto al coming out, si devono prendere in considerazione le sue capacità di far fronte alle possibili conseguenze e le caratteristiche culturali e affettive della famiglia o della comunità cui appartiene.

Benché il coming out in famiglia venga di solito seguito da una fase di crisi e poi da un "nuovo equilibrio", a volte le dinamiche familiari possono irrigidirsi su un assetto di rifiuto. Situazioni di questo tipo possono anche essere molto rischiose, soprattutto per gli adolescenti: questi possono sperimentare un senso profondo d'isolamento che può influire sui loro percorsi evolutivi e favorire la dispersione scolastica o un precoce allontanamento da casa, eventualità che possono predisporre a comportamenti autodistruttivi, abuso di sostanze, depressione e, in alcuni casi, suicidio. In queste occasioni è necessario fornire un aiuto che, oltre a facilitare l'elaborazione dei sentimenti di colpa e vergogna, consenta di lavorare sulle relazioni familiari.

Alcune ricerche dimostrano che la presenza di un "miglior amico" o di una "migliore amica" con cui condividere i propri vissuti legati all'omosessualità costituisce in adolescenza una risorsa contro gli effetti delle reazioni familiari avverse e, più in generale, del minority stress (Baiocco, Laghi, Di Pomponio et al., 2012). È dunque importante che le istituzioni scolastiche sappiano promuovere la conoscenza, la condivisione e il rispetto tra gli studenti. Lo psicologo può avere un ruolo attivo anche in questi processi.

Antonio è un ragazzo siciliano, studente universitario fuori sede. All'inizio del quinto colloquio emergono alcuni temi riguardanti le relazioni familiari.

PSICOTERAPEUTA: Come si sente adesso rispetto all'omosessualità?

ANTONIO: Qui a Roma ho imparato a viverla liberamente... il problema nasce quando vado in Sicilia. In paese nessuno lo sa. E ho lo stesso problema anche qui a Roma quando incontro gente delle mie parti...

[...]

A: A Natale dovrò tornare a casa... Non mi va per niente... lo sento come un grande peso.

P: In che senso?

A: Beh sì... la realtà è diversa giù e non potrò fare le stesse cose che faccio qui.

[...]

A: Non riesco a sentire un legame forte con la mia famiglia. Mio padre è sempre stato distante. Con mio fratello non sono mai andato d'accordo. Sono molto legato a mia madre... e a mia sorella. Ma con mio padre adesso va ancora peggio, per via della sua malattia. [...] Lui non sa della mia omosessualità. Mia madre invece l'ha sempre saputo.

P: In che senso l'ha sempre saputo?

A: L'ho capito dalle cose che mi ha detto. Quando avevo 17 anni trovò alcune lettere che io e un ragazzo ci scrivevamo.

P: Quindi non l'ha saputo per sua volontà. E come ha vissuto questa cosa?

A: Beh... non... non ero pronto. Ma fui contento di levarmi un peso.

[...]

A: Mia madre mi disse che per lei l'importante era che io stessi bene, e che lei mi vorrà sempre bene. Mi chiese se volevo andare da uno psicologo. Ma da allora non ne abbiamo più parlato. Anche perché non vado bene all'università.

P: Mi può spiegare meglio?

A: Non volevo darle troppe preoccupazioni. E poi mia sorella mi disse di non parlarne troppo, mi disse: "Non farla preoccupare".

P: Quindi università e omosessualità sono due "preoccupazioni" che, insieme, sono troppe.

A: Esatto. Se andassi bene all'università... forse sarei più tranquillo nel parlare della mia omosessualità.

[...]

P: Ma sembrerebbe che la sua omosessualità abbia un ruolo nel suo sentirsi lontano dalla famiglia...

A: [pausa] Credo di sì.

Il tema del coming out assume caratteristiche particolari se chi lo fa, o desidera farlo, è impegnato in un legame di coppia eterosessuale e ha uno o più figli, trovandosi così di fronte alla necessità di rivedere il proprio progetto familiare e di coppia.

Oltre che fornire un aiuto nel contenere ed elaborare le probabili sensazioni di smarrimento e disperazione, le accuse e i timori di "distruggere la famiglia", lo psicologo o lo psicoterapeuta possono fornire un aiuto e uno spazio sicuro dove fare scelte opportune e consapevoli che riguardano il se, il come e il quando coinvolgere il partner e i figli (cfr. Buxton, 2005).

Non di rado può essere utile integrare la consulenza o psicoterapia individuale con la consulenza o psicoterapia familiare (si veda la vignetta riportata nel paragrafo precedente, p. 262). In un'ottica sistemico-relazionale, è importante guidare la famiglia verso l'adattamento e aiutarla a superare la crisi evolutiva che si è aperta. In questi casi, i sistemi da prendere in considerazione possono essere: a) la coppia che deve affrontare la separazione, elaborando in modo specifico le perdite, l'eventuale vissuto del partner eterosessuale di essere stato ingannato dal partner omo/bisessuale, nonché il possibile senso di colpa e/o di incomprensione di quest'ultimo; b) le relazioni genitori-figli che devono essere garantite nella loro continuità nonostante i cambiamenti; c) le eventuali coppie di nuova formazione che potrebbero accogliere i figli in un progetto familiare; d) il partner omo/bisessuale e i suoi vissuti riguardanti il proprio orientamento sessuale; e) il partner eterosessuale e gli altri membri della famiglia che si trovano nella necessità di confrontarsi e adattarsi con l'identità sessuale del familiare omo/bisessuale.

Comprendere il ruolo svolto dalle amicizie e dalle comunità LGB

L'inizio del processo di coming out mette l'individuo omosessuale nella condizione di instaurare una rete relazionale che lo riconosce e gli fornisce sostegno psicologico, colmando l'eventuale "vuoto" affettivo e supportivo della famiglia. Gli amici liberi dai pregiudizi omofobici costituiranno una "famiglia scelta". È importante che il clinico comprenda l'importanza di questa rete di relazioni. Come evidenzia l'American Psychological Association,²²

Alla resilienza concorrono vari fattori. Molti studi mostrano che quello più importante è costituito dalle relazioni interpersonali di cura e sostegno sia all'interno sia all'esterno della famiglia.

Un altro fattore protettivo può essere costituito dalle associazioni per i diritti gay,²³ dai luoghi di ritrovo o, soprattutto per chi ha più problemi di visibilità o risiede lontano dai grandi centri cittadini, dalle comunità virtuali. Tali contesti possono favorire il consolidamento e l'integrazione dell'identità attraverso l'interiorizzazione di modelli positivi, la messa in discussione dei pregiudizi eterosessisti, la mitigazione degli effetti del minority stress, l'elaborazione dei conflitti e l'attenuazione del senso di solitudine. Tuttavia, come evidenziato da Taywaditep (2001), nelle stesse comunità gay possono instaurarsi e circolare meccanismi difensivi di "identificazione con l'aggressore" manifestandosi con atteggiamenti di derisione, ostilità o disprezzo verso altre minoranze o determinati modi di esprimere la propria omosessualità o identità di genere.

Riconoscere e favorire la resilienza

Gli studi sul minority stress possono dare l'impressione che esista una serie di difficoltà e minacce talmente estese da rendere praticamente impossibile a una persona gay, lesbica o bisessuale di essere "normalmente felice". In realtà, un importante fattore che media la relazione causale tra eventi traumatici ed esiti psico(pato)logici è la *resilienza*, che differenzia gli individui in base alle loro capacità di far fronte alle difficoltà. Nell'ingegneria, l'ambito dove il termine è stato coniato, la resilienza indica la capacità di un materiale di resistere a urti e carichi improvvisi senza spezzarsi. In psicologia il termine assume una connotazione più attiva: resilienza è la capacità

22. Cfr. *The Road to Resilience*, p. 3, disponibile online sul sito dell'American Psychological Association: www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx.

23. Riportiamo, senza alcuna pretesa di esaustività, ma solo a scopo indicativo, alcune tra le principali associazioni nazionali:

- Arcigay, www.arcigay.it
- Arcilesbica, www.arcilesbica.it
- Associazione GENitori Di Omosessuali (AGEDO), www.agedo.org
- Circolo di Cultura Omosessuale "Mario Mieli", www.mariomieli.net
- Di Gay Project (DGP), www.digayproject.org
- Famiglie Arcobaleno: associazione genitori omosessuali, www.famigliearcobaleno.org
- Il Guado: gruppo di ricerca su fede e omosessualità, gaycristiani.it
- Nuova Proposta: donne e uomini omosessuali cristiani, www.nuovapropostaroma.it
- Rete Genitori Rainbow: genitori LGBT con figli da relazioni etero, www.genitorirainbow.it
- Rete Lenford: avvocatura per i diritti LGBT, www.retelenford.it

di fronteggiare con successo e superare in modo adattivo esperienze che mettono a dura prova l'individuo. Si definiscono resilienti coloro che riescono a fronteggiare le difficoltà e gli eventi traumatici uscendone *addirittura* rinforzati perché, superandoli, incrementano la fiducia in se stessi e nelle proprie capacità. Inoltre, affrontare le avversità in modo adattivo contribuisce ad accumulare esperienze positive che potranno essere riutilizzate in futuro, a beneficio dell'individuo, ma anche della collettività, qualora le proprie competenze acquisite nel gestire le discriminazioni siano messe a disposizione di altri individui in difficoltà.

Anche rispetto al minority stress, la resilienza può costituire un importante fattore protettivo che lo psicologo e lo psicoterapeuta dovrebbero essere in grado di riconoscere e consolidare.

Diverse ricerche (ad esempio, Harper, Brodsky, Bruce, 2012; Riggle, Whitman, Olson et al., 2008) rilevano che un importante fattore protettivo è l'appartenenza a una comunità da cui si può ricevere, ma a cui si può anche fornire, sostegno. Un altro fattore di resilienza, non meno importante, è la capacità di rifiutare gli stereotipi invece di subirne l'influenza a detrimento della propria autenticità. Anche se può sembrare tautologico, la stessa accettazione di sé costituisce un fattore di resilienza (che possiamo considerare come contraltare dell'*omofobia interiorizzata*, che a sua volta è una componente del minority stress).

Racconta Bruno, dopo tre anni di psicoterapia:

Che cosa c'è di positivo nell'essere gay? Non è facile dirlo perché la società non ci vede di buon grado. Ma se penso a quello che sono e a quello che faccio... sono contento della mia vita. Da quando ho iniziato ad accettarmi ho incominciato a essere più sereno: essere me stesso mi fa stare meglio. Ecco, questa è una cosa che, come gay, ho imparato subito: l'importanza dell'autenticità. Quando la capisci, riesci a circondarti di persone che ti vogliono bene, realmente. E ridimensioni l'opinione di chi critica quello che fai, quello che sei.

Cogliere gli aspetti legati all'omofobia interiorizzata nelle dinamiche difensive

I meccanismi di difesa – cioè le modalità con cui vengono affrontati i conflitti emotivi e le fonti interne o esterne di stress (Lingiardi, Madeddu, 2002) – possono essere connessi con le dinamiche relative all'omofobia interiorizzata. Può essere utile differenziare le difese mobilitate contro i propri affetti e desideri omosessuali (ad esempio, “Non sono omosessuale, sto solo attraversando una fase di passaggio”) da quelle impiegate per non riconoscere la propria omofobia interiorizzata (ad esempio, “Accetto la mia omosessualità, ma non ho mai trovato una persona che mi piaccia davvero, le lesbiche sono tutte così maschiline!”). Inoltre, alti livelli di omofobia interiorizzata possono produrre sentimenti di vergogna e sensi di colpa insostenibili al punto da rendere inaccettabili i desideri e gli affetti omosessuali, a volte con mobilitazione di difese di tipo dissociativo che possono esprimersi sintomatologicamente e “consumare” un'ingente parte delle risorse psichiche (cfr. par. “Comprendere ed esplorare il processo di coming out”, p. 263).

Individuare e decostruire gli stereotipi sulle omosessualità

Per condurre un buon lavoro clinico, oltre a conoscere gli stereotipi sulle omosessualità, è indispensabile riconoscere i propri pregiudizi per cogliere e analizzare quelli degli utenti, evitando così dinamiche collusive. Ecco alcuni luoghi comuni sull'omosessualità (cfr. Tabella 8.2).

A volte, in ambito clinico, può essere necessario utilizzare strategie di carattere psicoeducativo, fornendo informazioni scientificamente fondate che possano essere d'aiuto – sia in setting individuali sia in setting di gruppo, familiari, o di coppia – nel decostruire assunti infondati. Si pensi, ad esempio, a una coppia di genitori preoccupata per l'omosessualità del figlio. Essere rassicurati da un professionista sul fatto che l'omosessualità non costituisce un indicatore psicopatologico può rappresentare un primo passo verso il benessere del figlio e un migliore funzionamento dell'intero sistema familiare (cfr. par. "Comprendere ed esplorare il processo di coming out", p. 263).

In setting individuali è necessario riconoscere e analizzare non solo gli stereotipi portati dall'utente, ma anche i pregiudizi di chi è in relazione con lui. Ad esempio:

MICHELE: Ieri mia sorella mi ha fatto notare che la mia vita lavorativa un po' precaria potrebbe dipendere dalla mia omosessualità. Effettivamente qualche ragione ce l'ha. Se dovessi provvedere a una moglie e a dei figli... mi darei da fare di più. I gay vivono alla giornata.

Tabella 8.2 Alcuni degli stereotipi più diffusi sulle persone gay e lesbiche.

L'omosessualità è una "scelta"
L'omosessualità è colpa della madre
Avere un figlio omosessuale è una sciagura
L'omosessualità si può curare
L'omosessualità è "contronatura"
I gay sono immorali, senza religione
I gay sono tutti effeminati e le lesbiche sono tutte maschiline
I gay sono molto sensibili
I gay sono tutti modaioli
Non tutti i lavori sono adatti ai gay e non tutti i lavori sono adatti alle lesbiche
Le lesbiche non hanno senso materno
Se tutti fossero omosessuali, la specie estinguerebbe
I figli hanno bisogno di un papà e di una mamma per crescere bene
Gli omosessuali che vogliono avere dei figli sono pedofili
Gli omosessuali sono viziosi
Gli omosessuali hanno una sessualità sfrenata
L'AIDS è la malattia degli omosessuali
Gli omosessuali festeggiano il Gay Pride per provocare
Gli omosessuali si autoghehizzano
I gay odiano gli eterosessuali
I gay si riuniscono in lobby politico-culturali molto potenti

PSICOTERAPEUTA: Tutti i gay vivono alla giornata? Non ce ne sono altri che s'impegnano nel lavoro e nella carriera, che abbiano "famiglia" o meno?

M: Forse qualcuno sì, ma la maggior parte passa il tempo a occuparsi di vestiti e a frequentare locali.

P: Non potrebbe essere uno stereotipo questo?

Un'altra credenza abbastanza diffusa è quella che tende a sovrapporre l'omosessualità, soprattutto quella maschile, con la promiscuità sessuale e il "sesso anonimo". L'eventuale compulsività sessuale, come quella eterosessuale, non va giudicata, ma compresa e ricondotta alle sue dinamiche psicologiche e relazionali. Per alcuni omosessuali, solitamente maschi, a volte è il frutto di dinamiche dissociative conseguenti a una certa quota di omofobia interiorizzata (Drescher, 2001). Riportiamo una vignetta clinica:

Luigi è un uomo sulla sessantina d'anni che, durante l'infanzia, è stato pesantemente colpevolizzato a causa della sua omosessualità. Da adolescente, sentendosi non amato e non desiderato, aveva trovato una fonte di consolazione nelle sale cinematografiche dove uomini adulti mostravano di desiderarlo e cercavano un contatto sessuale con lui. Il piacere e la soddisfazione che associava a queste esperienze precoci di attività sessuali furtive lo portarono, anche da adulto, a sviluppare una ricerca continua di sesso anonimo.

LUIGI: Ieri sera sono uscito con alcuni amici. Poi, appena rientrato a casa, ho provato un incontenibile desiderio sessuale. Pur sapendo quanto fosse stupido, mi sono rivestito e sono andato in un cinema porno, un posto veramente sudicio e squallido. Mi sono chiesto: "Ma cosa ci faccio qui?" [...]

PSICOTERAPEUTA: Era già stato altre volte in quel cinema?

L: Sì, qualche mese fa. Dentro il cinema ci sono dei gabinetti dove si incontrano altri uomini che cercano sesso. È un posto desolato. Oltretutto non c'è mai gente interessante. E tra me e me dicevo: ma ci sono un sacco di altri posti più piacevoli dove trovare compagnia! Hanno persino aperto un bar gay carino non lontano da casa mia e ogni mese organizzano una serata per chi ama incontrare uomini di mezza età come me!

P: E come mai non c'è mai andato?

L: Mah, il cinema tutto sommato è meno impegnativo. Non so se ho voglia di conoscere qualcuno che abbia un nome e un cognome e che magari vuole coinvolgersi in modo serio.

Lo psicoterapeuta, senza assumere il ruolo di "guardiano morale", ha consentito a Luigi di comprendere un possibile significato sottostante alla sua preferenza per il sesso anonimo: la ricerca di una soddisfazione/conferma immediata e "ansiolitica", che lo tenga lontano dai rischi di un coinvolgimento personale, più impegnativo e potenzialmente portatore di disconferme e delusioni.

Rivelare o non rivelare il proprio orientamento sessuale?

La self-disclosure dello psicoterapeuta

In passato la self-disclosure del terapeuta era spesso sconsigliata, se non addirittura condannata, soprattutto in ambito psicoanalitico. Oggi, invece, ne è riconosciuta la potenzialità terapeutica. Owen Renik (1995, p. 47), ad esempio, scrive:

Scegliendo di non lasciar trapelare ciò che ha in mente, l'analista non si trasforma certo in uno schermo bianco [...] piuttosto, muovendosi senza dare spiegazioni, presenta essenzialmente al paziente un rebus.

Questo non significa che il terapeuta debba dire di sé qualunque cosa gli venga in mente. La scelta di rivelare (oppure di non rivelare) alcuni aspetti di sé va considerata come il risultato di un gesto clinico, contemporaneamente spontaneo e pensato.

Neppure in un contesto di Linee guida – tra l'altro non rivolte a psicologi e psicoterapeuti di uno specifico orientamento – è possibile suggerire se, come e quando un terapeuta debba rivelare il proprio orientamento sessuale. Riteniamo tuttavia utile fornire degli spunti a riguardo. Contrariamente a quanto sostenuto da certe posizioni psicoanalitiche ormai superate, la self-disclosure dell'identità sessuale non si può escludere *a priori*.

L'orientamento sessuale può riguardare tre delle forme di self-disclosure individuate da Theodor Jacobs (1999): a) la messa in atto inconsapevole di comportamenti "rivelatori" verbali e/o non verbali; b) la condivisione consapevole di aspetti di sé; c) il fornire risposte a domande personali fatte dall'utente.

Non vi sono prove che la *non-disclosure* sia una tecnica più efficace della *self-disclosure* (Drescher, 2012b), né un terapeuta può ingenuamente pensare di non disseminare segni, più o meno rivelatori, della propria identità sessuale o della propria vita privata, dalla fede al dito alle notizie di sé presenti sul web (Drescher, 2011; Lingiardi, 2008, 2011a). Inoltre, non si può non considerare la dissonanza cognitiva ed emotiva provocata da un terapeuta che nasconde la sua omosessualità a un paziente che l'ha ampiamente "intuita" (Lingiardi, 2011b). La riluttanza di un terapeuta gay a comunicare il proprio orientamento sessuale, soprattutto se in seguito a domande o riferimenti precisi dell'utente, può suggerire problemi irrisolti di omofobia interiorizzata, vergogna e imbarazzo nel terapeuta stesso (Bjork, 2004; Gabriel, Monaco, 1995; Isay, 1991).

La rivelazione dell'orientamento sessuale, come ogni altra self-disclosure, è un atto relazionale. Ma affinché sia anche un atto terapeutico è fondamentale comprenderne cause e ragioni, cioè se è al servizio della relazione terapeutica o se nasce da un bisogno del terapeuta. Altrettanto fondamentale è cogliere perché e in quale momento viene sollecitata e con quali motivazioni da parte del paziente.

Adottare approcci appropriati con bambini, adolescenti e famiglie

Come abbiamo visto nella Parte II, le Linee guida inglesi e americane prendono in esame le specificità connesse all'intervento clinico con bambini e adolescenti.

Un primo tema fondamentale riguarda gli aspetti etici legati alla possibilità dicludere con una richiesta, più o meno esplicita da parte della famiglia, di una terapia riparativa, anche in considerazione della dipendenza economica ed emotiva del bambino o dell'adolescente dalle decisioni dei propri genitori. La famiglia può, infatti, assumere atteggiamenti di rifiuto nei confronti di un adolescente con un orientamento non eterosessuale o di un bambino con espressioni e comportamenti di genere non conformi alle aspettative sociali e culturali.

Un secondo elemento di riflessione riguarda l'imprevedibilità dei percorsi evolutivi dei bambini. Nella valutazione dello sviluppo psicosessuale del bambino, la raccolta delle informazioni (colloquio psicologico, interviste semi-strutturate, strumenti standardizzati o osservazione del gioco) dovrebbe essere effettuata senza dare per scontato che identità di genere o orientamento sessuale siano conformi alle aspettative socioculturali. In alcuni casi, i genitori potrebbero richiedere allo psicologo di esprimersi rispetto all'orientamento sessuale del figlio: sarà necessaria un'attenta analisi di tale domanda per comprenderne il significato intrapsichico e relazionale. Parlare di una "fase transitoria dello sviluppo" potrebbe essere interpretato come una velata disapprovazione nei confronti del comportamento del bambino o del ragazzo, oppure come una rassicurazione rispetto a un futuro eterosessuale. Potrebbe essere più adeguato rispondere che è troppo presto per fare previsioni rispetto all'orientamento sessuale e allo stesso tempo informare la famiglia sull'esistenza di diverse possibilità non patologiche di sviluppo.

Un tema particolarmente importante, specie in adolescenza e in alcuni contesti come quelli scolastici, riguarda la riservatezza delle informazioni ottenute in merito a questioni delicate quali quelle relative all'identità di genere e all'orientamento sessuale. Il clinico deve infatti ricordarsi che il ragazzo potrebbe aver avuto precedenti esperienze di emarginazione o rifiuto e che un atteggiamento empatico, rispettoso e non giudicante, è una premessa indispensabile a qualsiasi lavoro psicologico con l'adolescente.

Un clinico che voglia lavorare con bambini e adolescenti dovrebbe approfondire i seguenti argomenti:

- 1) la differenza tra orientamento sessuale e identità di genere: due, infatti, sono gli errori più comuni: sovrapporre questi concetti o, al contrario, trascurarne le possibili intersezioni (cfr. par. "Comprendere le connessioni e le differenze tra il genere e l'orientamento sessuale", p. 250);
- 2) la disforia di genere: i clinici dovrebbero essere costantemente aggiornati su questo tema perché non si conosce, attualmente, quale sia il miglior modo per aiutare i bambini il cui genere è incongruente rispetto alle attese socioculturali connesse al sesso biologico. In ogni caso, è importante favorire l'amore dei genitori per i figli, un "tipo di intervento" che non può mai essere sbagliato (Drescher, Byne, 2012). La letteratura ha infatti ampiamente dimostrato l'importanza del lavoro dello psicologo nel facilitare un atteggiamento positivo dei genitori (Malpas, 2011; Menvielle, Tuerk, 2002) e delle ricadute benefiche che tale atteggiamento avrebbe sulla salute e l'adattamento del figlio (Landolt, Bartholomew, Saffrey et al., 2004). Durante l'infanzia, tuttavia, non è facile differenziare gli atteggiamenti outsider rispetto al genere che preludono ad aspetti evolutivi omosessuali oppure transgender; a questo proposito, si vedano anche i film *La mia vita in rosa* di Alain Berliner, 1997, e *Tomboy* di Céline Sciamma, 2011). Per quanto riguarda gli adolescenti con un forte e persistente desiderio di cambiare sesso (tema che comunque esula dallo scopo di queste Linee guida), l'indicazione precoce di terapie mediche o chirurgiche è oggetto di un complesso di-

battito scientifico²⁴ (Drescher, Byne, 2013; Drescher, Cohen-Kettenis, Winter, 2012; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010). Si raccomanda l'invio e/o la collaborazione con colleghi esperti o con centri specializzati.

3) Ruoli di genere non conformi alle aspettative espongono il bambino e l'adolescente a un maggior rifiuto sociale e a possibili episodi di emarginazione e bullismo (cfr. paragrafo successivo; Toomey, Ryan, Diaz, Card et al., 2010). Il clinico dovrebbe essere in grado di comprendere l'eventuale ruolo giocato dalla confusione tra orientamento sessuale e identità di genere come riflesso dell'omofobia interiorizzata (cfr. par. "Comprendere le connessioni e le differenze tra il genere e l'orientamento sessuale", p. 250).

4) Nei casi in cui la famiglia esprima atteggiamenti di rifiuto e ostilità nei confronti del figlio che non corrisponde alle aspettative, potrebbe essere particolarmente utile intervenire sui genitori e sul resto della famiglia contenendo l'espressione e favorendo l'elaborazione dei loro timori.

5) Nel lavoro con i genitori e le famiglie possono essere anche impiegate opportune strategie psicoeducative al fine di fornire informazioni sui temi dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere, favorendo la decostruzione degli stereotipi (cfr. par. "Individuare e decostruire gli stereotipi sulle omosessualità", p. 270).

6) La religione può essere un tema particolarmente rilevante rispetto alla possibilità che i genitori accettino l'orientamento omosessuale del figlio. Il terapeuta in questi casi deve mantenere un atteggiamento rispettoso dei valori espressi dalla famiglia e sostenere i genitori nel difficile ma creativo processo d'integrazione tra la propria fede, appartenenza religiosa e l'essere genitore di un ragazzo gay o di una ragazza lesbica. Alcuni autori (Dahl, Galliher, 2012; LaSala, 2010) suggeriscono di enfatizzare gli aspetti positivi che caratterizzano le diverse religioni e riguardano ad esempio l'amore verso i propri figli, l'accettazione delle diversità rispetto a sentimenti quali la condanna o addirittura il disprezzo (si veda a questo proposito il film *Prayers for Bobby* di Russell Mulcahy, 2009).

Un altro tema fondamentale per chi si occupa di consulenza clinica con preadolescenti e adolescenti è quello del coming out (cfr. par. "Comprendere ed esplorare il processo di coming out", p. 263). Il coming out può configurarsi come un vero e proprio compito di sviluppo specifico per gli adolescenti omosessuali e rappresenta per molti giovani gay e lesbiche un "crocevia esistenziale" (Pietrantonio, 1999) che sancisce un "prima" e un "dopo" per diventare, in seguito, un processo decisionale che viene attivato tutte le volte che la situazione interpersonale lo richiede (Chiari, 2006). La gestione del proprio svelamento è un compito evolutivo molto importante ma tutt'altro che semplice. Il ragazzo gay o la ragazza lesbica devono ad esempio capire con chi è possibile parlare del proprio orientamento sessuale e in quali circo-

24. Come illustrato nel volume *Treating Transgender Children and Adolescents: An Interdisciplinary Discussion* curato da Jack Drescher e William Byne (2013), il dibattito scientifico riguarda varie importanti questioni, tra cui: a) i bambini e i ragazzi transgender soffrono di un disturbo psichiatrico oppure la loro identità di genere e il loro ruolo di genere possono essere considerati una variante normale dell'espressione di genere? b) bisogna privilegiare un intervento che li aiuti ad accettare il corpo in cui sono nati oppure i genitori, le istituzioni scolastiche, i medici e gli psicologi dovrebbero andare incontro al loro desiderio di cambiare sesso? c) a che età dovrebbe iniziare la transizione? d) quali sono le varie implicazioni (mediche, psicologiche, etiche e sociali) dei vari trattamenti disponibili?

stanze. Un altro compito evolutivo è l'“elaborazione del lutto” nei confronti della propria eterosessualità vissuta come “normale” e validante per accettare un'identità omosessuale tuttavia percepita come stigmatizzata. Infine, strettamente connesso ai precedenti, vi è il compito di decostruire gli stereotipi sociali che riguardano l'omosessualità e la relazione tra i generi.

Il clinico dovrebbe avvicinarsi empaticamente alle difficoltà che la famiglia vive nel momento in cui si trova ad affrontare il coming out del figlio (a tal proposito segnaliamo il documentario *Due volte genitori* di Claudio Cipelletti, 2008).²⁵ Spesso, in questo frangente, la famiglia si confronta infatti, oltre che con i classici compiti di sviluppo connessi all'adolescenza del figlio, anche con la necessità di elaborare la perdita del figlio “ideale”. Anche se matrimoni tra persone dello stesso sesso e omogenitorialità sono recentemente diventati in molti Paesi oggetto di diritto, in Italia i genitori vedono svanire la loro rappresentazione di un figlio o di una figlia tradizionalmente “sposati”, la possibilità di divenire “nonni”, o semplicemente di avere dei figli che, rispetto alla nostra società, possano essere considerati “normali”. Spesso si sentono in colpa o a disagio perché pensano che l'omosessualità derivi da un “fallimento” della loro funzione genitoriale e tale colpa può trasformarsi in rimproveri e rabbia verso se stessi, il coniuge, gli stessi figli.

Da un punto di vista sistemico, la famiglia tende a mantenere uno stato di equilibrio interno che si oppone al cambiamento. La rivelazione dell'orientamento sessuale da parte di un figlio può essere assimilabile a uno *stressor* che coinvolge il sistema e mette in discussione ruoli, aspettative, credenze riguardo alla sessualità, all'identità del figlio e a quella stessa di genitori.

Dal punto di vista del figlio, uno dei principali timori rispetto al coming out è quello di deludere o dare un dispiacere ai genitori, e di compromettere così la serenità della famiglia. Una delle richieste che gli adolescenti fanno al clinico, in modo più o meno esplicito, riguarda l'opportunità di fare o no coming out in famiglia, e come e quando farlo. Ovviamente lo psicologo non deve colludere con questa richiesta ma analizzare, insieme al giovane paziente, il significato psicologico di questa domanda e le possibili ricadute pratiche che il coming out potrebbe avere sulla sua vita. Infatti, sebbene la letteratura abbia ampiamente evidenziato gli effetti positivi del coming out per lo sviluppo individuale (Baiocco, Laghi, Di Pomponio et al., 2012), l'eventualità di una reazione negativa anche di elevata intensità non è troppo remota, specie in certi contesti culturali e sociali (LaSala, 2010). Nei casi in cui, a seguito del coming out o della scoperta dell'orientamento omosessuale del figlio, la famiglia esprima un forte e violento rifiuto, il clinico deve essere consapevole degli effetti negativi sullo sviluppo dell'identità, dell'autostima, dell'affettività e della sessualità. I rischi maggiormente individuati dalla letteratura riguardano la dispersione scolastica, il coinvolgimento in comportamenti a rischio quali l'abuso di alcol e sostanze stupefacenti, condotte sessuali pericolose, depressione e suicidio (Marshal, Dietz, Friedman et al., 2011). In questi casi gli obiettivi del clinico possono essere: a) sul piano individuale, la gestione e il contenimento dei

25. Ricordiamo anche l'AGEDO (Associazione GENitori Di Omosessuali) che, dal 1992, fornisce aiuto e sostegno ai genitori di ragazzi gay e lesbiche: www.agedo.org.

sentimenti di colpa e vergogna; b) su quello familiare, il potenziamento e la salvaguardia delle relazioni (familiari e non) che possono costituire importanti fattori di protezione; c) in riferimento invece al più ampio contesto sociale e relazionale, può essere necessario valutare se vi siano modelli identificatori positivi alla portata del giovane. Ad esempio, diverse ricerche hanno evidenziato che l'appartenenza a una comunità gay o lesbica può essere un importante fattore protettivo, in particolar modo in adolescenza (Baiocco, D'Alessio, Laghi, 2010). Si ricorda che nei casi più gravi, caratterizzati da situazioni di abuso e maltrattamenti perpetrati da parte dei familiari, lo psicologo ha l'obbligo di attivare e coinvolgere i servizi sociali competenti.

Un'ultima riflessione riguarda la possibilità dello psicologo di poter intervenire nei diversi contesti educativi. Diversi studi hanno dimostrato che opportuni interventi nelle scuole hanno un impatto positivo sui giovani, favorendone il benessere e riducendo le conseguenze del minority stress (Toomey, Ryan, Diaz et al., 2010). Particolarmente interessanti appaiono gli interventi precoci che possono essere attuati a partire dalle scuole primarie in riferimento alla *gender segregation*, cioè la separazione tra le persone in funzione del genere, che sottintende una qualche forma di discriminazione sessuale. Già a partire dai 2 anni, i bambini mostrano infatti una chiara preferenza per il gioco con bambini dello stesso sesso. Se interagiscono con bambini del sesso opposto, generalmente fanno un gioco parallelo oppure osservano il gioco dell'altro piuttosto che partecipare. La scuola primaria è uno dei luoghi per la produzione di specifiche pratiche di genere. Anche i libri di favole veicolano molto spesso stereotipi poiché enfatizzano i ruoli di genere e la contrapposizione maschile/femminile. Fin dalla primissima infanzia i bambini associano al maschile caratteristiche quali l'assertività, la forza, il coraggio e al femminile la dipendenza, l'espressione dell'emotività e la cura per gli altri. Nella nostra società, già a partire dai 3-4 anni di vita ruoli e comportamenti sono determinati in modo rigido dal genere d'appartenenza e ogni forma di atipicità o trasversalità viene giudicata negativamente e ostacolata dal gruppo dei pari e dagli adulti. Interventi precoci, già a partire dalle scuole primarie, potrebbero favorire non solo un maggior dialogo tra i generi, ma creare un ambiente più inclusivo e accettante nei confronti delle diverse soggettività.

Comprendere le dinamiche legate al bullismo omofobico

Si parla di *bullismo omofobico* quando i bambini o i ragazzi subiscono le azioni offensive a carattere omofobico da parte di uno o più membri del gruppo dei pari, intenzionalmente e ripetutamente nel corso del tempo. Le aggressioni, fisiche e/o verbali, sono dirette verso l'orientamento sessuale (reale o presunto) oppure verso il ruolo di genere non conforme alle aspettative socioculturali. In altri casi le vittime vengono colpite perché hanno un parente oppure uno o entrambi i genitori dichiaratamente gay, lesbiche o transessuali.

A livello internazionale è stato riconosciuto che quello del bullismo omofobico è un fenomeno tutt'altro che trascurabile. Nel corso della tavola rotonda "Porre fine alla violenza e alla discriminazione basate sull'orientamento sessuale e l'identità di genere", il segretario generale delle Nazioni Unite Ban Ki-moon ha espresso un pro-

fondo disappunto per il proliferare degli episodi di bullismo in tutto il mondo, invitando tutti gli Stati a prendere le misure necessarie al fine di contrastarli (New York, 8 dicembre 2011). Su proposta dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura (UNESCO) è stata sottoscritta la dichiarazione "Bullismo omofobico e istruzione per tutti" nella quale vengono ribaditi il libero accesso all'istruzione per tutti i giovani e il loro diritto alla tutela (Rio de Janeiro, 10 dicembre 2011). Mettendo in rilievo l'importanza e l'urgenza di promuovere interventi mirati a ridurre il manifestarsi del bullismo omofobico nelle scuole, sono stati delineati alcuni provvedimenti istituzionali da intraprendere nell'ambito dell'istruzione.

Diverse ricerche evidenziano che il bullismo omofobico può favorire la dispersione scolastica e ripercuotersi sul benessere delle vittime con effetti anche gravi e a lungo termine, tra cui i disturbi appartenenti all'area traumatica come il Disturbo Post-Traumatico da Stress, problemi relazionali e relativi alla stima di sé, depressione, comportamenti autolesivi e tentativi suicidari. La ricerca "Schoolmates" (Lelleri, Pozzoli, 2010), condotta in Austria, Italia, Polonia e Spagna nel biennio 2006-2008 nell'ambito del programma "Daphne II", co-finanziato dalla Comunità Europea, ha preso in esame un campione di 1.469 partecipanti (studenti, docenti e personale non docente). Emerge che il 72,5% è stato testimone di episodi di insulti omofobici verbali, il 55,4% di insulti omofobici scritti, il 21,8% di bullismo escludente, il 25,9% di aggressioni omofobiche violente. In un'altra ricerca, condotta in Gran Bretagna da Ian Rivers (2004) su un campione di 119 partecipanti, si evidenzia la ricorrenza di sintomi da stress posttraumatico in soggetti che hanno subito atti di bullismo omofobico. A distanza di circa 15 anni dal primo episodio di bullismo subito, il 26% riferisce di essere ancora regolarmente disturbato dal ricordo del bullismo scolastico, il 21% di avere flashback di quegli episodi, il 4% di avere incubi notturni legati a tali esperienze. Dal punto di vista clinico, al 17% del campione potrebbe essere attribuita la diagnosi di Disturbo Post-Traumatico da Stress.

Rispetto alle altre forme di bullismo, quello omofobico presenta varie peculiarità: a) *le prepotenze chiamano sempre in causa una dimensione specificamente sessuale*: la vittima viene attaccata nelle dimensioni nucleari dell'identità che riguardano il genere e la sessualità; b) *la vittima può incontrare particolari difficoltà a chiedere aiuto agli adulti*: se già nel bullismo in generale la vittima ha difficoltà a rivolgersi agli insegnanti o ai genitori per chiedere aiuto e spesso tende a negare le prepotenze subite, chiedere aiuto perché si è vittima di bullismo omofobico equivale a richiamare l'attenzione sulla propria sessualità, con i relativi vissuti di ansia e vergogna e il timore di deludere le aspettative genitoriali e sociali di eterosessualità e conformità al proprio genere (tra l'altro, a volte gli stessi insegnanti e genitori possono avere pregiudizi omofobici, da cui derivano svariate conseguenze, quali le reazioni di diniego che portano a sottoestimare gli eventi, la preoccupazione per "l'anormalità" del bambino, con relativi propositi di "cura", l'atteggiamento espulsivo che si aggiunge alle dinamiche persecutorie); c) *la vittima può incontrare particolari difficoltà a individuare figure di sostegno e protezione fra i suoi pari*: il numero di "difensori della vittima", che nei casi di bullismo è di per sé esiguo, si abbassa ulteriormente nel bullismo omofobico ("difendere un finocchio" comporta il rischio di essere considerati omosessuali); d) *il bulli-*

smo omofobico può assumere significati difensivi rispetto all'omosessualità: attraverso gli agiti omofobici, il bullo afferma il suo essere “normale”, la propria conformità alle aspettative relative al genere, dando sfogo a eventuali affetti omosessuali repressi.

In ambito clinico è importante che lo psicologo o lo psicoterapeuta considerino la possibilità che l'utente sia stato vittima di aggressioni omofobiche a scuola o con i pari, anche se a domanda diretta potrebbe rispondere il contrario. Un clima di accettazione e sicurezza è quanto mai fondamentale per fare emergere ed elaborare eventuali memorie traumatiche.

Nel caso in cui l'istituzione scolastica si rivolga a uno psicologo per far fronte al bullismo omofobico, è importante lavorare coinvolgendo l'intero gruppo-classe piuttosto che limitare l'attenzione alla vittima e/o al bullo. La prevenzione, attraverso opportuni spazi formativi per il personale docente e non docente, nonché attraverso adeguati interventi psicoeducativi rivolti agli alunni, è la migliore strategia per combattere il bullismo omofobico.

Per approfondimenti e suggerimenti sugli interventi da attuare, rimandiamo al volume *Il bullismo omofobico. Manuale teorico-pratico per insegnanti e operatori* di Gabriele Prati, Luca Pietrantoni, Elena Buccoliero e Marco Maggi (2010), a *Homophobic Bullying: Research and Theoretical Perspectives* (Rivers, 2011) e al documentario *Nessuno uguale* di Claudio Cipelletti (1998).

Cogliere i livelli del minority stress in relazione alle condizioni di “doppia minoranza”

Situazioni che possono ulteriormente complicare il quadro clinico sono quelle legate alla “doppia minoranza”, in cui l'individuo viene discriminato a causa dell'omosessualità e di altre condizioni oggetto di stigma sociale. La stessa comunità di appartenenza – religiosa, etnica, istituzionale ecc. – può non accettare orientamenti non-eterosessuali. Si pensi, ad esempio, a una donna lesbica che è anche ebrea ortodossa o musulmana, e/o immigrata, e/o anziana. I livelli di minority stress saranno multipli: quelli legati ai personali conflitti identitari, quelli derivanti dal sessismo, quelli sociali diretti verso l'omosessualità e le altre condizioni minoritarie, quelli omofobici della comunità minoritaria di appartenenza e, eventualmente, quelli stigmatizzanti delle stesse comunità LGB. È importante cogliere tutti questi livelli al fine di aiutare l'utente a riconoscerli e gestirli.

Comprendere le difficoltà delle persone gay e lesbiche anziane

La terza età è una di quelle condizioni di “doppia minoranza” che possono acuire il minority stress nelle persone gay e lesbiche, le quali potrebbero sperimentare vissuti di rifiuto da parte di altri anziani o nelle strutture a loro riservate e, a causa della loro età, da parte delle stesse comunità LGB.

Inoltre, spesso gli anziani gay e lesbiche non possono contare sul supporto e l'assistenza dei figli. Come evidenziato nella dichiarazione ufficiale dell'American Psychiatric Association sul sostegno al riconoscimento legale del matrimonio civile per le coppie omosessuali,

Con l'aumento dell'età media della popolazione, l'impossibilità di ufficializzare l'unione attraverso il matrimonio civile si ripercuote su un numero sempre maggiore di coppie di anziani omosessuali che devono far fronte ai problemi economici e di salute legati all'età. L'impossibilità di usufruire del matrimonio civile rende ancora più pesante il carico psicologico dovuto all'invecchiamento: nei contesti di cura le coppie omosessuali anziane non possono avvalersi di alcun riconoscimento legale, né possono usufruire delle agevolazioni economiche, dei diritti ereditari o delle tutele riservate a chi rimane in vita. (APA, 2005, p. 212)²⁶

Il mancato riconoscimento sociale e istituzionale delle coppie gay e lesbiche produce una sofferenza che le accompagna per tutta la vita, come testimoniato da quest'uomo di 68 anni che racconta il suo lutto al funerale del compagno (Pietrantonio, Sommantico, Graglia, 2000, p. 38):

Al funerale tutti i suoi parenti erano imbarazzati. Continuavano a tranquillizzarsi a vicenda e a dire che ero solo un amico, uno qualunque. Era come se i nostri 40 anni di convivenza fossero stati cancellati, come se il nostro amore non avesse valore. Quando gli altri non capiscono il tuo dolore, non possono neanche alleviartelo. Oltre alla morte del mio compagno, dovevo sopportare questo silenzio.

Altri specifici fattori di rischio per gli anziani gay e lesbiche possono riguardare più strettamente l'ambito sanitario: il timore di subire discriminazioni e di essere rifiutati in quanto omosessuali, accresciuto dai possibili atteggiamenti eterofili o eterosessisti dei medici e dei paramedici, può favorire il rifiuto delle cure e dei controlli sanitari prescritti (McFarland, Sanders, 2003).

Secondo alcuni autori (Hicks, 2011; Quam, Knochel, Dziengel et al., 2008), in ambito clinico può essere importante non dare per scontato l'interessamento effettivo dei parenti e un loro adeguato supporto all'utente. Può inoltre rivelarsi utile assumere un approccio più ampio e articolato, ad esempio aiutando la persona nell'affrontare questioni di carattere "pratico" come quelle che riguardano la tutela legale, oppure l'individuazione di una rete di supporto sociale.

Infine potrebbe rivelarsi vantaggiosa l'analisi del processo di coming out: se l'utente ha "risolto" la crisi derivante dalla scoperta del proprio orientamento non-eterosessuale, può aver sviluppato una *crisis competence* (Berger, 1980; Friend, 1980; Kimmel, 1978) per affrontare altre situazioni critiche come quelle connesse all'entrata nella terza età.

Tener conto del minority stress nelle dinamiche di coppia

Le questioni connesse al minority stress possono riguardare anche direttamente le dinamiche di coppia. Vi sono, infatti, alcune specificità da considerare, sia nel lavoro clinico con le coppie, sia nella dimensione di coppia portata dall'utente nel setting individuale.

Può apparire scontato, ma è importante ricordare che le coppie gay e lesbiche non

26. Si veda il sito dell'American Psychiatric Association: www.psychiatry.org/File%20Library/Advocacy%20and%20Newsroom/Position%20Statements/ps2005_SameSexMarriage.pdf.

sono riconosciute né dalle principali religioni, né dall'ordinamento giuridico italiano. In Italia, i tentativi di alcune amministrazioni locali di istituire appositi registri delle unioni civili per le coppie di fatto,²⁷ seppur lodevoli, non riescono a colmare quel vuoto legislativo e simbolico di fronte al quale sono poste le persone omosessuali che così rimangono delegittimate e discriminate, con conseguenze che possono minare il benessere individuale e della coppia stessa. Da una parte viene a mancare tutto quell'insieme di tutele, diritti e doveri che rimangono privilegio delle coppie eterosessuali coniugate, dall'altra le coppie omosessuali non possono nutrirsi di un'importante dimensione di riconoscimento. Si potrebbe pensare che esistono molte coppie eterosessuali che vivono felicemente, sebbene non siano unite da un legame matrimoniale. In questo ragionamento comparativo si dimentica però un importante particolare che fa la differenza: le coppie eterosessuali *possono* sposarsi. A livello simbolico, non fare una cosa *ma poterla fare* è diverso dal non fare una cosa *perché non la si può fare*. Ne risulta una delegittimizzazione che, coinvolgendo e permeando sia il soggetto a cui viene negata una possibilità sia il contesto nel quale è inserito, si ripercuote su vari livelli (personali, familiari e sociali).

A tali difficoltà, conseguenze "dirette" di una discriminazione istituzionale, se ne possono aggiungere altre più "indirette". Tra queste, può avere rilevanza clinica il tema della visibilità (in inglese *outness*, in contrapposizione con la *closetedness*; cfr. par. "Comprendere ed esplorare il processo di coming out", p. 263): nascondere il proprio orientamento sessuale richiede un certo costo in termini di risorse psicologiche. A tal proposito, il terapeuta Mark Blechner (2009) ha condotto un interessante esperimento con un gruppo di persone eterosessuali: per un mese provare a non menzionare mai il marito/la moglie o i figli nelle conversazioni, descrivere un'esperienza condivisa con il/la partner come se l'avessero vissuta da soli, dire sempre "io" anche quando si dovrebbe dire "noi". Chi ha sperimentato questa condizione l'ha trovata molto destabilizzante. Blechner ci invita a riflettere su quanto possa esserlo per i gay e le lesbiche che la mettono in pratica non per un mese, ma a volte per una vita intera. Oltre alla propria visibilità, anche la discrepanza tra i partner rispetto alla visibilità può essere una fonte di conflitto. Ad esempio, uno dei due partner può avere il desiderio di scambiare gesti d'affetto in pubblico, anche semplicemente tenendosi per mano, e l'altro può invece preferire evitare la messa in atto di comportamenti che rendano "visibile" la propria omosessualità.

Le dinamiche di coppia possono essere anche condizionate dalle esperienze di rifiuto omofobico vissute in età evolutiva. Se sono state altamente stressanti o traumatiche e comunque non adeguatamente elaborate, possono interferire con i legami affettivi in età adulta perché può riemergere il timore di esporsi a ulteriori rifiuti: ad esempio l'intimità può essere evitata o temuta e l'espressione spontanea di sé può essere contrastata, con immaginabili conseguenze sui legami affettivi e i rapporti sociali (Drescher, 1998a; Isay, 1989; Lingiardi, Nardelli, 2012).

27. I registri delle unioni civili raccolgono le iscrizioni anagrafiche delle coppie di fatto non sposate. Hanno un valore simbolico che rimane inferiore al matrimonio. Inoltre, a seconda delle specifiche regolamentazioni comunali, possono conferire alcuni vantaggi, seppur limitati, alle coppie iscritte (ad esempio, l'accesso agli alloggi popolari). Per approfondimenti cfr.: www.culturagay.it/cg/saggio.php?id=356.

Comprendere le tematiche legate alla genitorialità gay e lesbica

In Italia, come in tutto il mondo, molte persone lesbiche e gay sono genitori.²⁸ Secondo l'Istituto superiore di sanità, sarebbero circa centomila i bambini e i ragazzi cresciuti da genitori omosessuali. È tuttavia probabile che questo dato sia sottostimato dal momento che l'omogenitorialità, non godendo di alcuna regolamentazione giuridica, non può essere "censita" in modo attendibile.

La maggior parte dei genitori lesbiche e gay ha concepito i figli in precedenti matrimoni e relazioni eterosessuali, ma sempre più numerosi sono quelli che scelgono di avere figli all'interno della loro relazione con una persona dello stesso sesso. I metodi non mancano anche se, come già detto, non sono regolamentati. Nei Paesi in cui la legge lo consente, le coppie omosessuali possono ricorrere alla fecondazione diretta o in vitro, alla "gestazione di sostegno", possono adottare o ricevere bambini in affidamento. In questi ultimi due casi, le coppie omosessuali devono affrontare lo stesso iter di valutazione psicologica cui vengono sottoposte quelle eterosessuali.

L'idea che una persona omosessuale possa essere un buon genitore incontra ancora molte resistenze e pregiudizi, per alcuni non è neppure da prendere in considerazione. Spesso si sente dire che è "contro l'interesse del bambino".

Il tema dell'omogenitorialità è oggetto di varie controversie, molte delle quali non sono basate su dati scientifici o clinici, ma su convinzioni personali e religiose. È dunque importante che lo psicologo, per elaborare la propria posizione, conosca in che modo si sono espresse le associazioni scientifiche e professionali.

Sul tema spesso citato dell'"interesse del bambino" si sono pronunciate molte importanti associazioni di categoria, ad esempio l'American Psychological Association e l'American Academy of Pediatrics. Esse hanno affermato che l'"interesse del bambino" riguarda "la coscienza e la capacità di fornire cure, indipendentemente dal fatto che i genitori siano uomini o donne, etero o omosessuali". Riportiamo la dichiarazione ufficiale che l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ha rilasciato nel 1999, rinnovandola nel 2009:²⁹

La base su cui devono reggersi tutte le decisioni in tema di custodia dei figli e diritti dei genitori è il migliore interesse del bambino. Storicamente, le persone lesbiche, gay e bisessuali hanno affrontato prove più severe degli eterosessuali per quanto riguarda il loro diritto a essere o diventare genitori. Non vi è evidenza scientifica a sostegno della tesi per cui genitori con orientamento omo- o bisessuale siano di per sé diversi o carenti nella capacità di essere genitori, di saper cogliere i problemi dell'infanzia e di sviluppare attaccamenti genitore-figlio rispetto ai genitori con orientamento eterosessuale. Da tempo è stato stabilito che l'orientamento omosessuale non è in alcun modo correlato ad alcuna patologia, e non ci sono basi su cui presumere che l'orientamento

28. Tra le più importanti associazioni italiane di genitori omosessuali vi è Famiglie Arcobaleno (che, tra i soci, ha anche genitori eterosessuali): www.famigliearcobaleno.org. Ricordiamo anche Rete Genitori Rainbow: www.genitorirainbow.it.

29. Per la dichiarazione del 2009, simile nei contenuti, si veda il sito dell'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: www.aacap.org/cs/root/policy_statements/gay_lesbian_transgender_and_bisexual_parents_policy_statement. Per una raccolta delle dichiarazioni ufficiali delle più importanti associazioni di categoria, cfr. il volume *Lesbian & Gay Parenting* pubblicato nel 2005 dall'American Psychological Association: www.apa.org/pi/lgbt/resources/parenting-full.pdf.

omosessuale di un genitore possa aumentare le probabilità o indurre un orientamento omosessuale nel figlio. Studi sugli esiti educativi di figli cresciuti da genitori omo- o bisessuali, messi a confronto con quelli cresciuti da genitori eterosessuali, non depongono per un diverso grado d'instabilità nella relazione genitori-figli o rispetto ai disturbi evolutivi nei figli. L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry si oppone a ogni tipo di discriminazione basata sull'orientamento sessuale per quanto concerne i diritti degli individui come genitori adottivi o affidatari.

Se è vero che la pianificazione accurata di una maternità o di una paternità può rivelare “un desiderio narcisistico, l'aspirazione a una completezza autarchica che trasforma il figlio in un complemento di sé” (2006), è anche vero che la ricerca narcisistica del figlio, e la negazione della sua alterità, può riguardare ogni genitore, come tante volte rileviamo nel lavoro clinico con le coppie eterosessuali. Come ha scritto Heinz Kohut (1987), esistono relazioni eterosessuali fortemente narcisistiche e relazioni omosessuali mature in cui il partner è riconosciuto e amato come soggetto separato e autonomo. La maturità e il livello di differenziazione di una relazione affettiva dipendono sostanzialmente dalle caratteristiche di personalità dei partner, non dal loro orientamento sessuale.

“Per fare e per crescere un bambino”, sostengono alcuni, “ci vogliono un padre e una madre. Con genitori omosessuali crescerebbe invece in un contesto che nega la differenza dei sessi”. Tale obiezione sembra però trascurare l'importanza, ai fini di uno sviluppo sicuro, della qualità delle relazioni, della capacità dei genitori di amare e fornire cure. Per essere buoni genitori non basta essere eterosessuali, così come essere omosessuali non significa essere cattivi genitori. Riguardo alla differenza dei sessi e dei generi, i processi d'identificazione del bambino sono molto articolati e non si limitano alle figure del padre e della madre. Il bambino si relaziona anche con altri membri della famiglia, a cominciare dai nonni, e dispone di modelli identificatori anche all'esterno, nella scuola e nella società. D'altra parte, dinamiche analoghe avvengono anche nelle famiglie con un solo genitore. Così si è espressa l'Associazione Italiana di Psicologia (AIP):³⁰

Nella sentenza n. 3572 del 14 febbraio 2011, la Corte di Cassazione sostiene che i tempi sono maturi perché il legislatore possa “provvedere nel concorso di particolari circostanze, a un ampliamento dell'ambito di ammissibilità dell'adozione di minore da parte di una singola persona anche con gli effetti dell'adozione legittimante”. Contestualmente, la Suprema Corte sottolinea che ciò non sarebbe in contraddizione con quanto affermato nella “Convenzione sui diritti dei fanciulli” siglata nel 1967 a Strasburgo, che contiene le linee guida in materia di adozione. Da una parte, la sentenza è stata accolta da molti come un ampliamento delle possibilità offerte ai bambini di crescere in ambienti positivi. Dall'altra, rappresentanti delle istituzioni politiche, sociali e religiose del nostro paese hanno dichiarato che i bambini per crescere bene hanno bisogno di una madre e di un padre. L'Associazione Italiana di Psicologia ricorda che le affermazioni secondo cui i bambini, per crescere bene, avrebbero bisogno di una madre e di un padre, non trovano riscontro nella ricerca internazionale sul rapporto fra relazioni familiari e sviluppo psico-sociale degli individui. Infatti, i risultati delle ricerche psicologiche hanno da tempo documentato come il benessere psico-sociale dei membri dei gruppi familiari non sia tanto legato alla

30. Vedi il sito dell'Associazione Italiana di Psicologia: [www.aipass.org/files/Comunicato_adozioni\(1\).pdf](http://www.aipass.org/files/Comunicato_adozioni(1).pdf).

forma che il gruppo assume, quanto alla qualità dei processi e delle dinamiche relazionali che si attuano al suo interno. In altre parole, non sono né il numero né il genere dei genitori – adottivi o no che siano – a garantire di per sé le condizioni di sviluppo migliori per i bambini, bensì la loro capacità di assumere questi ruoli e le responsabilità educative che ne derivano. In particolare, la ricerca psicologica ha messo in evidenza che ciò che è importante per il benessere dei bambini è la qualità dell'ambiente familiare che i genitori forniscono loro, indipendentemente dal fatto che essi siano conviventi, separati, risposati, single, dello stesso sesso. I bambini hanno bisogno di adulti in grado di garantire loro cura e protezione, insegnare il senso del limite, favorire tanto l'esperienza dell'appartenenza quanto quella dell'autonomia, negoziare conflitti e divergenze, superare incertezze e paure, sviluppare competenze emotive e sociali. L'Associazione Italiana di Psicologia invita i responsabili delle istituzioni politiche, sociali e religiose del nostro paese a tenere in considerazione i risultati che la ricerca scientifica ha prodotto sui temi in discussione.

Se si accetta di non considerare unico e immodificabile lo statuto tradizionale della famiglia, bisogna accettare l'esistenza di diverse forme di aggregazione familiare. La famiglia del nostro immaginario, la famiglia edipica descritta da Freud all'inizio del Novecento, è determinata storicamente. Oggi si parla sempre più di funzione materna e di funzione paterna, e la psicologia, proprio in riferimento alle variazioni delle figure familiari, ha iniziato a utilizzare il termine neutro di *caregiver* per definire la persona che si prende cura del bambino o della bambina. Così scrive lo psicoanalista Antonino Ferro (2013):³¹

[...] tutto ciò che è nuovo come prima reazione ci scandalizza perché turba degli assetti di pensiero stratificatisi nel buon senso e ci impone nuovi pensieri e nuove realtà emotive con cui confrontarci. Se è vero che il "funzionamento della mente" è lo specifico della nostra specie, ciò implica una serie di conseguenze a cascata di cui non siamo consapevoli in modo chiaro. [...] Più il "mentale" si impone, più avremo a che fare con funzioni: funzione materna, funzione paterna che potranno essere esercitate in modo non necessariamente coerente con l'appartenenza biologica. [...] Che ben vengano bambini di coppie che si amano e che siano capaci di buoni accoppiamenti mentali. Non sarà il sesso biologico dell'uno o dell'altro ad aver più peso ma le attitudini mentali dell'uno e dell'altro. I figli li faccia chi ha voglia di accudirli con amore. Ciò che conta, in fondo, è che ogni bambino abbia il suo Presepe, la sua festa, che sia accolto e amato come un prodigio, poi sul sesso biologico di bue e asinello non ci perdereci molto tempo.

E così la filosofa Francesca Rigotti (2013):³²

Ho superato le titubanze iniziali dicendomi che da qualche parte bisogna pur iniziare, che le coppie più coraggiose devono aprire la strada anche per le altre che verranno. Se ci si adegua sempre, non vedremo mai reali progressi nel nostro vivere comune. Quando insegnavo all'università di Göttingen, in Germania, nei primi anni mi capitò di subire aggressioni verbali. Per strada parlavo in italiano ai miei bambini e, immancabilmente, qualcuno mi richiamava: "Signora, siamo in Germania, qui si parla tedesco." A quel tempo i miei figli avrebbero voluto essere come tutti i loro compagni, senza complicazioni legate alle origini. Ora sono ben felici di essere bilingui. Allo stesso modo fra

31. *Corriere della Sera*, 6 gennaio 2013, p. 33.

32. *Corriere della Sera*, 7 gennaio 2013, p. 19.

vent'anni nessuno si stupirà più di famiglie che oggi ci appaiono così "diverse". [...] È proprio l'assegnazione dei ruoli a motivare le posizioni di alcuni avversari della libertà per le coppie omosessuali di formare famiglie e avere bambini: chi svolgerà il ruolo femminile, chi quello maschile? A chi toccherà rendere il nido caldo e accogliente, a chi invece accompagnare l'uccellino al pontile per insegnargli a volare, se non, rispettivamente, alla madre/femmina e all'uomo/maschio? Non prendo queste immagini a caso [...] non pensando che si tratti di ruoli connotati naturalmente e ontologicamente, quanto di ruoli storicamente e socialmente creatisi e che come tali possono anche essere mutati.

Nei contesti clinici con le persone gay e lesbiche, dunque, sempre più spesso avremo a che fare con i temi legati all'(omo)genitorialità. Ci sembra necessario elencare (per motivi di spazio non possiamo concederci di più, ma rimandiamo a Graglia, 2012; Lingiardi 2007/2012; Mamo, 2007) alcuni dei contenuti che possono emergere rispetto alla genitorialità:

- senso d'impotenza rispetto alle difficoltà connesse all'avere dei figli;
- rabbia per le discriminazioni subite;
- timore di non ricevere supporto dalla comunità gay in quanto il ruolo di genitore viene visto a volte come un modo per conformarsi allo "stile di vita eterosessuale" (Gabb, 2004; Mallon, 2004);
- senso d'inadeguatezza a essere genitore in quanto omosessuale;³³
- nel caso degli uomini gay, timore di essere meno capaci di crescere un bambino in quanto uomini oltre che omosessuali;
- paura di non dare al bambino un ambiente familiare "normale";
- senso di colpa per aver messo al mondo un bambino "con un problema in più, quello di avere due genitori omosessuali";
- nel caso dell'adozione, senso di colpa per avere aggiunto un problema (genitori omosessuali) a un trauma (essere stati abbandonati);
- competizione e/o rivalità con il partner su chi è il genitore più importante;
- gelosia, invidia e/o insicurezza nei confronti del partner che è genitore biologico.

Come in tutte le famiglie, anche in quelle con genitori omosessuali esistono tematiche specifiche che è insensato sia sottovalutare idealisticamente (come non esiste la famiglia del Mulino Bianco, non esiste neanche quella del Mulino Arcobaleno) sia demonizzare come aberrazioni relazionali.

Come possiamo leggere dai racconti riportati in *Buoni genitori* (Lalli, 2009), il "senso di clandestinità" può permeare i vissuti di gay e lesbiche, che siano o no genitori. Riportiamo un passo dell'intervista a Silvia e Micaela, che stanno progettando di diventare genitori (pp. 71-73):

SILVIA: L'idea che siamo costrette ad andare in Spagna è dolorosa. È terribile sentirsi clandestine. Ti affidi completamente agli altri, segui i consigli di chi l'ha già fatto. L'idea che qui sia criminale ciò che desideriamo è insopportabile. [...]

MICAELA: Finora abbiamo parlato del concepimento e della gestazione. Poi c'è l'aspetto

33. Come è anche dimostrato da varie ricerche (Baiocco, Argalia, Laghi, 2012), l'omofobia interiorizzata può incidere negativamente sulla percezione delle proprie competenze genitoriali.

della crescita. Ad esempio: quando io partorirò, lei potrà avere congedi parentali? È lo Stato che toglie tutele importanti per il bambino e non gli offre le condizioni per crescere bene.

Io sarò la madre genetica e lei un'estranea. E se succede qualcosa? Se io muoio? Lei non esiste. Io sto cercando di coinvolgere mia mamma, anche urtando contro la sua tentazione di rimozione psicologica. Perché lei può essere non pienamente d'accordo, e non vorrei forzarla. Però, di fatto, o troviamo degli alleati prima, a livello di comportamento, oppure corriamo molti rischi.

Perché, se dovesse succedermi qualcosa, mia mamma potrà proteggere nostro figlio e la nostra relazione. Io so già che mio padre userebbe il linguaggio e gli strumenti della legge – e la legge non ci tutela e non tutelerebbe nostro figlio. La modalità di mio padre sarebbe determinata dal diritto.

Invece spero che mia madre rispetterà i bisogni, gli affetti e le nostre scelte. Coinvolgerla significa farla sentire nonna, anche se non dovrebbe essere difficile dal momento che sarò io a partorire.

S: Saranno più i miei genitori ad avere difficoltà nel sentirsi nonni...

M: Io voglio che mia mamma sappia che questa è casa anche di Silvia. Noi non siamo in affitto e non possiamo mettere i due nomi sul contratto. La casa è mia, se mi succede qualcosa posso disporne solo in parte. Perché in Italia c'è una quota legittima che per forza deve andare ai familiari (il legame di sangue). Non posso disporre liberamente nemmeno dei miei beni! Naturalmente l'eredità spetta a mio figlio: ma chi amministra i suoi beni finché è minorenni? Una possibilità potrebbe essere di dichiarare Silvia tutore di nostro figlio: ma dipende da chi ti trovi come giudice. [...] Ma non c'è alcuna garanzia e nessun diritto. Se mio padre si impuntasse e dicesse: "Mio nipote è mio e la casa che era di mia figlia è mia" non ci sarebbe nulla da fare. La legge è violenta.

S: Ho la sensazione che le cose siano meno difficili di come sono codificate e che le persone siano più capaci e disponibili delle leggi. Ci sono molte sorprese inaspettate. Molte persone hanno manifestato tolleranza... [...]

M: Io voglio che mi sia riconosciuto un minimo civile di rispetto: se non stima, almeno la tutela di un diritto. Non stiamo mica ammazzando qualcuno!

L'email di una "mamma preoccupata" ci aiuta a capire "dall'interno" alcune delle dinamiche che possono permeare il desiderio di diventare genitori attraverso la fecondazione assistita (Lingiardi, 2007/2012, p. 139):

[Sento] la necessità di un dialogo terapeutico che riguarda il mio caso che di seguito le espongo brevemente. Sono una donna omosessuale e ho deciso di avere una bambina – Paola, che ora ha 7 mesi – con una donazione di seme. La mia compagna Antonella è stata molto felice di condividere con me questa esperienza di maternità. [...] Tuttavia insorgono dubbi e problemi che a volte pensiamo di non avere gli strumenti per risolvere [...] Ad esempio, come coniugare il bisogno di verità e trasparenza che hanno i bambini, con la protezione nei confronti delle discriminazioni e delle paure che potrebbero provenire dalla società e, a volte, anche da noi familiari?

Per lo psicologo può essere utile riflettere sulle diverse esperienze e fantasie che possono accompagnare le molte forme di concepimento e di genitorialità. Come, ad esempio, ci suggerisce questa lettera.³⁴

34. In "Lettere, commenti & idee" di Corrado Augias su *la Repubblica* (6 marzo 2007).

Io non sono omosessuale – scrive il lettore Massimo Salamoni – ma ahimè sono sterile biologicamente. Questo non impedisce a mia moglie e a me di considerarci coppia da più di 10 anni, e di considerarci a tutti gli effetti genitori della nostra splendida figlia adottiva. Altre migliaia di famiglie adottive si considerano coppie, genitori e famiglie pur senza aver avuto quello che dai pulpiti delle chiese che frequento viene definito “il bene della procreazione”. Il mio timore è che questi inni alla famiglia come istituzione naturale portino a svalutare il significato degli affetti che legano famiglie come la nostra, che non si fondano sui vincoli di sangue, ma su legami di accoglienza reciproca resi più stabili grazie a un riconoscimento giuridico.

O come questa riflessione di una mamma lesbica:

Anche i bambini adottati hanno “più di due” genitori, i genitori biologici e i genitori... “affettivi”, che poi sono quelli “effettivi”! Proprio come, un giorno, una mamma adottiva racconterà a suo figlio dei suoi genitori biologici ma “assenti”, e dovrà aiutarlo a capire che quando era piccolo non lo hanno potuto o voluto tenere con loro, anche io racconterò a mia figlia che ha un genitore “assente”, il suo “padre biologico”. Non è un signore che l’ha abbandonata da piccola, ma un signore che ha aiutato me e l’altra sua mamma a dare vita, è proprio il caso di dirlo, a un desiderio e a un progetto pieni d’amore.

È importante che lo psicologo sappia lavorare senza pregiudizi tenendo in considerazione la rappresentazione della figura del donatore o della madre gestazionale, cogliendone, insieme con i genitori effettivi, ombre, preoccupazioni, proiezioni e paure che non vanno trascurate, ma raccontate ed elaborate. Del resto ogni famiglia ha la sua storia da raccontare.

Conoscere le ricerche sull’omogenitorialità

Nel 2005, l’American Academy of Pediatrics ha dato incarico a una serie di associazioni scientifiche e sociali, professionali e governative, di avviare uno studio mirato a esaminare gli effetti del matrimonio e delle unioni civili sulle condizioni psico-sociali e la salute psicologica di bambini i cui genitori sono omosessuali (Pawelski, Perrin, Foy et al., 2006). Scopo della ricerca è quello di studiare le difficoltà che le coppie dello stesso sesso e i loro figli devono affrontare a seguito di una politica che le esclude dalla possibilità di sposarsi. La ricerca ha passato in rassegna tutta la letteratura scientifica reperibile sui seguenti tre punti: a) capacità educative e comportamento, personalità e livello di adattamento dei genitori; b) sviluppo emotivo e sociale dei bambini; c) identità di genere e orientamento sessuale dei bambini. Ed è giunta a queste conclusioni:

L’Academy of Pediatrics si è impegnata a richiamare l’attenzione sul nesso inestricabile esistente tra la salute e il benessere di tutti i bambini, il sostegno e l’incoraggiamento di tutti i genitori, e la tutela di forti legami familiari. La rassegna qui presentata è stata preparata per portare alla luce le ramificazioni legali, economiche e psico-sociali delle iniziative, attuali e future, di politica sociale riguardanti i genitori dello stesso sesso e i loro bambini. Il matrimonio civile costituisce uno status legale che promuove la salute delle famiglie conferendogli un insieme stabile di diritti, benefici e tutele che non pos-

sono essere ottenuti altrimenti. Il matrimonio civile può aiutare a promuovere la sicurezza economica e legale, la stabilità psico-sociale e un maggiore senso di accettazione e sostegno sociali. Il riconoscimento legale di un partner può aumentare la capacità di coppie adulte di occuparsi e prendersi cura a vicenda e favorisce un ambiente sicuro e sano per i loro figli. I bambini che crescono con genitori uniti in matrimonio civile traggono beneficio anche dallo status legale riconosciuto ai loro genitori. (Pawelski, Perrin, Foy et al., 2006, p. 361)

La genitorialità biologico-riproduttiva viene distinta da quella relazionale-affettiva. La ricerca scientifica sembra insomma non avere trovato alcuna ragione per considerare i genitori omosessuali alla stregua di “genitori inadeguati” o, sarebbe meglio dire, “meno adeguati dei genitori eterosessuali”. In sostanza non ci sarebbero differenze tra genitori eterosessuali e genitori omosessuali nella capacità di fornire un ambiente adeguato di accudimento e crescita per i loro figli.

Quello dell’omogenitorialità è tuttavia un campo di ricerca molto complesso, che richiede studi scrupolosi in tema di validità e affidabilità empirica: i campioni studiati devono essere rappresentativi della più ampia popolazione di genitori gay e lesbiche, i gruppi di studio e di controllo devono essere omogenei, e soprattutto i campioni studiati non devono essere “di convenienza”.

Mark Regnerus (2012), ad esempio, ha condotto uno studio con risultati che sembrano andare controcorrente. Nel campione esaminato, costituito da circa 3000 giovani adulti (18-39 anni), i figli di madri lesbiche e padri gay sono risultati più vulnerabili a sintomi depressivi, con maggiori complicazioni in campo sentimentale, minori possibilità di conseguire un livello di istruzione elevato e di sperimentare un senso di sicurezza familiare. In aggiunta, i figli di madri lesbiche risulterebbero più soggetti ad abusi sessuali, più consumatori di marijuana e tabacco, e con tassi inferiori di eterosessualità esclusiva. Lo stesso Regnerus, tuttavia, sottolinea che, nonostante il riscontro di alcune differenze tra i campioni, il suo studio non è in grado di assegnare un rapporto di causa-effetto tra l’orientamento sessuale dei genitori e lo sviluppo psicologico e l’adattamento dei figli. Secondo un’altra studiosa, Cynthia Osborne (2012, p. 783), “da quel che sappiamo, l’effetto è interamente attribuibile allo stigma legato alle relazioni gay/lesbiche e alle restrizioni legali che impediscono a queste coppie di intraprendere e mantenere rapporti coniugali ‘normali’”.

Un consistente numero di sociologi e psicologi ha indirizzato una lettera al direttore della rivista che ha pubblicato la ricerca di Regnerus, *Social Science Research*, avanzando numerose perplessità su metodi e strumenti utilizzati nello studio in questione. Uno dei punti critici riguarda la creazione di rigide “categorie familiari” che non sempre sono state rispettate (ad esempio, i casi in cui gli intervistati hanno riportato che sia la madre sia il padre hanno avuto relazioni con partner dello stesso sesso, sono stati analizzati all’interno del gruppo “figli di padri gay”). In questo modo, “l’autore non ha saputo distinguere chi aveva un genitore con una relazione omosessuale duratura, chi aveva genitori omosessuali separati, chi viveva in una famiglia omosessuale ricostituita e chi viveva con un genitore single: ognuno di questi gruppi è stato incluso nella singola categoria ‘figli di madri lesbiche’ o ‘figli di padri gay’ solo in base al sesso del genitore che aveva avuto una relazione omosessuale”. Inoltre,

lo studio non prevedeva una categoria che raggruppasse i figli cresciuti in famiglie omogenitoriali di “prima costituzione”, ad esempio quelli concepiti con fecondazione in vitro: in questo modo non sono stati esaminati gli effetti “diretti” dell’omogenitorialità sullo sviluppo del bambino. Lo stesso Regnerus riconosce che il suo “è più uno studio di figli con genitori che hanno avuto (e in alcuni casi, continuano ad avere) relazioni con persone dello stesso sesso, piuttosto che di figli con genitori che si identificano come gay, lesbiche o bisessuali”: invece che di “figli di madri lesbiche o di padri gay” sarebbe più corretto parlare di “figli di genitori che hanno relazioni con persone dello stesso sesso”.

Un’altra posizione “controcorrente” è quella di Loren Marks (2012) che ha mosso una serie di critiche circa la validità di alcuni studi avallati dall’American Psychological Association e dall’Academy of Pediatrics e la generalizzabilità dei rispettivi risultati. Benché molte di queste critiche siano esagerate e infondate (Amato, 2012; Eggebeen, 2012; Osborne, 2012), possono fungere da stimolo per condurre studi sempre più rigorosi, ad esempio prendendo in esame più variabili, un maggior numero di famiglie omosessuali e gruppi di controllo, e utilizzando tecniche di campionamento più sofisticate.

Non è questa la sede per citare l’intera letteratura sull’omogenitorialità.³⁵ È possibile però sintetizzare i principali risultati secondo i campi d’indagine in cui vengono più comunemente suddivisi gli studi sull’omogenitorialità: le ricerche sui genitori gay e lesbiche, e le ricerche sui figli di genitori gay e lesbiche confrontati con i figli di genitori eterosessuali.

Le ricerche sui genitori omosessuali. Alcuni mettono in dubbio la qualità della maternità e della paternità delle persone omosessuali, e questo pregiudizio in molti paesi contribuisce a impedire le adozioni, gli affidamenti post-divorzio ecc. Viene ad esempio sostenuto che l’omosessualità sia intrinsecamente psicopatologica (per immaturità o alterato funzionamento psicologico); che le capacità materne delle lesbiche siano carenti (dando erroneamente per scontate quelle di molte donne eterosessuali); che le relazioni dei gay e delle lesbiche con i loro partner sottraggano tempo alle interazioni genitore-bambino. Di fatto, nessuno di questi pregiudizi è stato confermato dalla ricerca. Le uniche condizioni di “svantaggio” specificamente legate all’orientamento sessuale dei genitori sono quelle legate alla discriminazione e allo stigma sociale.

Le ricerche sui figli di lesbiche e gay. Sull’influenza che genitori gay e lesbiche possono avere sullo sviluppo psicologico dei figli, sono stati espressi i seguenti timori.

a) Un primo timore è che lo sviluppo dell’identità sessuale dei bambini possa essere in qualche modo condizionato o “alterato”, con difficoltà nell’acquisizione dell’iden-

35. Rimandiamo al volume *Lesbian & Gay Parenting* (American Psychological Association, 2005) che contiene un’accurata sintesi della letteratura e può essere consultato al sito www.apa.org/pi/lgbt/resources/parenting.aspx, al fascicolo 4 del volume 41 (2012) della rivista *Social Science Research* e ai testi riportati in bibliografia (tra cui: Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2002; Gartrell, Bos, Goldberg, 2011; Perrin, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2002). Segnaliamo anche il sito del National Longitudinal Lesbian Family Study (NLLFS): www.nllfs.org. Per una rassegna recente si veda anche E.C. Perrin, B.S. Siegel, American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, “Technical report: Promoting the well-being of children whose parents are gay or lesbian”. In *Pediatrics*, 2013 (in press).

tà di genere o sviluppando un orientamento omosessuale. La valutazione psicodiagnostica dei figli di persone omosessuali ha però mostrato che lo sviluppo della loro identità di genere segue i percorsi attesi. Negli studi volti a indagare l'orientamento sessuale dei figli di famiglie gay e lesbiche, la maggior parte si è dichiarata eterosessuale, rispettando le frequenze presenti nella popolazione generale.

b) Un secondo timore è che altri aspetti dello sviluppo dei bambini potessero essere compromessi. È stato ipotizzato, ad esempio, che i figli di genitori gay o lesbiche possano essere più vulnerabili psicologicamente e incontrare maggiori difficoltà di adattamento rispetto agli altri bambini. Vari studi hanno testato la veridicità di queste ipotesi, valutando il processo di separazione-individuazione, la presenza o meno di disturbi psichiatrici e/o problemi comportamentali, le caratteristiche di personalità, il concetto di sé, l'adattamento scolastico, l'intelligenza ecc. Anche in questo caso non sono emerse differenze significative, ad esempio, tra i figli di madri lesbiche e quelli di madri eterosessuali. In sintesi, l'ipotesi che i figli di genitori omosessuali presentino uno sviluppo psicologico deficitario non ha riscontri empirici.

c) Una terza preoccupazione riguarda le inevitabili difficoltà incontrate dai bambini nelle relazioni sociali e dovute alla stigmatizzazione della loro condizione familiare. Sia i genitori sia i bambini riferiscono percorsi tipici del rapporto con i pari. Alla visibilità sociale della famiglia omogenitoriale segue, a seconda dei contesti, una fase di diffidenza, di curiosità o di sostegno. Poi, a poco a poco, il carattere di "anomalia" viene a ridursi, soprattutto se sono presenti e partecipi famiglie collaterali (nonne/i, zie/i, amici ecc.). Sono comunque riportati episodi di atteggiamenti antigay da parte dei coetanei.

Fino a quando la politica e la società non avranno recepito questi argomenti, le persone gay e lesbiche subiranno discriminazioni in dimensioni fondamentali del ciclo vitale, la coppia e la genitorialità. Il compito degli psicologi sarà quello di ascoltarle e aiutarle, comprendendo le loro difficoltà e favorendo la resilienza.

GLOSSARIO MINIMO

Approccio affermativo. Approccio clinico che "richiede" al terapeuta un assetto mentale esente da pregiudizi eteronormativi, o quantomeno capace di riconoscerli. È una condizione essenziale anche per affrontare i pregiudizi dei pazienti (favorendone un'adeguata elaborazione) e promuovere la ricerca e l'espressione di una dimensione autentica di sé. Pur partendo dalle premesse della **Gay Affirmative Therapy** (GAT; Malyon, 1982), l'approccio affermativo non è finalizzato *tout court* all'acquisizione di un'identità gay. Quest'ultima viene infatti considerata una *possibilità* e non un obiettivo *a priori* della psicoterapia. *Vedi anche:* par. "L'approccio 'affermativo'", p. 233; *Gay Affirmative Therapy*.

Bifobia. Indica l'avversione verso la **bisessualità** e le persone bisessuali che vengono viste come fortemente promiscue, indecise, con una "doppia vita". *Vedi anche:* par. "Comprendere la bisessualità e la bifobia", p. 248; *Omofobia*.

Bisessualità. Indica l'attrazione erotico-affettiva per le persone di sesso femminile e per quelle di sesso maschile. *Vedi anche:* par. "Comprendere la bisessualità e la bifobia", p. 248; Bifobia; Identità sessuale; Orientamento sessuale.

Carta di Nizza. Anche detta "Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea", è stata proclamata ufficialmente a Nizza nel 2000, per poi essere modificata e proclamata una seconda volta nel 2007. Riconosce e riunisce in un unico documento una serie di diritti personali, civili, politici, economici e sociali che prima erano dispersi in vari strumenti legislativi. Grazie alla visibilità e alla chiarezza che la Carta conferisce ai diritti fondamentali, essa contribuisce a creare la certezza del diritto nell'Unione Europea. Comprende un preambolo introduttivo e 54 articoli, suddivisi in sette capi: dignità, libertà, uguaglianza, solidarietà, cittadinanza, giustizia, disposizioni generali. Nel 2009, con l'entrata in vigore del **Trattato di Lisbona**, ha acquisito valore giuridico: da questa data il divieto di discriminazione sulla base dell'**orientamento sessuale** diviene un principio generale che permea tutta la normativa europea. Per approfondimenti consultare il sito dell'Unione Europea: europa.eu/legislation_summaries/human_rights/fundamental_rights_within_european_union/133501_it.htm. *Vedi anche:* Trattato di Amsterdam; Trattato di Lisbona.

Closet. Termine anglosassone che letteralmente significa "ripostiglio" e che viene usato metaforicamente per indicare la condizione di "closetedness" della persona omo/bisessuale che mantiene segreto il proprio orientamento (cioè non ha fatto **coming out**). Il tema della "visibilità" ("outness" in inglese) è di fondamentale importanza per l'identità e il benessere psicologico delle persone lesbiche e gay. *Vedi anche:* parr. "Comprendere ed esplorare il processo di coming out", p. 263; "Tener conto del minority stress nelle dinamiche di coppia", p. 279; Coming out; Don't ask, don't tell; Outing.

Coming out. Termine anglosassone, abbreviazione dell'espressione "coming out of the closet" (uscire dal ripostiglio). Ormai entrato nell'uso comune anche in italiano, indica il gesto volontario di rivelare il proprio **orientamento sessuale** agli altri. In un senso più ampio, indica il processo attraverso il quale l'individuo omo/bisessuale integra sul piano dell'identità le attrazioni omoerotiche e i sentimenti connessi. Riconoscendo e "accettando" il proprio **orientamento sessuale**, si sentirà a suo agio e disponibile a dichiararlo agli altri. *Vedi anche:* par. "Comprendere ed esplorare il processo di coming out", p. 263; Closet; Outing.

Costituzione della Repubblica Italiana. Insieme di norme che regolano l'ordinamento della Repubblica Italiana e sanciscono i diritti e i doveri dei cittadini. È stata firmata il 27 dicembre 1947 dal capo provvisorio dello Stato Enrico De Nicola, dal presidente dell'Assemblea costituente Umberto Terracini e dal presidente del Consiglio dei ministri Alcide De Gasperi. A partire dalla sua entrata in vigore, avvenuta il 10 gennaio 1948, dev'essere fedelmente osservata da tutti i cittadini e dagli organi dello Stato. Secondo l'art. 2, "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale". Rispetto all'uguaglianza tra i cittadini, l'art. 3 stabilisce che: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese". Per quanto riguarda il matrimonio, l'art. 29 stabilisce che: "La Repubblica riconosce i diritti della famiglia come società naturale fondata sul matrimonio. Il matrimonio è ordinato sull'uguaglianza morale e giuridica dei coniugi, con i limiti stabiliti dalla legge a garanzia dell'unità familiare". Per il testo integrale consultare il sito della Presidenza della Repubblica Italiana: www.quirinale.it/qrnw/statico/costituzione/pdf/costituzione.pdf.

Disgusto. Risposta repulsiva e avversiva nei confronti di qualcosa sentita come sgradevole che può essere un oggetto concreto ma anche un pensiero, un comportamento o persino una categoria di persone. Il disgusto viene talora invocato, insieme al panico, da chi mette in atto aggressioni nei confronti di gay e lesbiche come reazione antiomosessuale fisiologica e come “legittima difesa”. Per approfondimenti consultare: Nussbaum (2010). *Vedi anche:* Gay bashing, Hate crime, Omofobia.

Don't ask, don't tell. Espressione che si riferisce alla regolamentazione dell'accesso delle persone omosessuali nell'esercito statunitense, introdotta nel 1993 all'inizio del governo Clinton. Con questa norma l'esercito perdeva la possibilità di indagare sull'**orientamento sessuale** dei militari (*don't ask*, non chiedere) ma, al tempo stesso, questi non potevano dichiararlo (*don't tell*, non dire). In altre parole, le persone omosessuali potevano entrare a far parte dell'esercito solo se non erano apertamente gay o lesbiche. La norma ha smesso di essere in vigore dal 20 settembre 2011 per decreto del governo Obama. In senso lato, l'espressione *don't ask, don't tell* può essere utilizzata anche in altri contesti per indicare la scelta, più o meno consapevole e/o volontaria, di non parlare dell'**orientamento sessuale**, non rivelando il proprio e non chiedendo quello degli altri. *Vedi anche:* Closet.

Eterocentrismo. Indica la centralità culturale dell'**eterosessualità** nella società, non come norma imposta, ma come consuetudine e discorso dominante. *Vedi anche:* Eteronormatività; Eterosessismo.

Eterofilia. Indica i sentimenti e gli atteggiamenti delle persone che considerano l'**eterosessualità** una condizione “preferibile” all'omosessualità, sottintendendo una qualche forma di pregiudizio verso quest'ultima.

Eteronormatività. Imposizione dell'**eterosessualità** come norma, in quanto unico **orientamento sessuale** culturalmente e socialmente legittimato. *Vedi anche:* Eterocentrismo; Eterosessismo.

Eterosessismo. Tendenza a discriminare e negare comportamenti, identità, soggetti e relazioni non eterosessuali. *Vedi anche:* Eterocentrismo; Eteronormatività.

Eterosessualità. Indica l'attrazione erotico-affettiva per le persone del sesso opposto. *Vedi anche:* Identità sessuale; Orientamento sessuale.

Exodus International. Organizzazione cristiana, fondata negli Usa nel 1976, che mira, come recita il suo slogan, alla “liberazione dall'omosessualità attraverso il potere di Gesù Cristo”. *Vedi anche:* NARTH; Terapie riparative.

Gay Affirmative Therapy (GAT). Approccio terapeutico proposto da Alan Malyon nel 1982, si pone l'obiettivo di aiutare chi è a disagio a causa dei conflitti tra le attrazioni omoerotiche e i pregiudizi interiorizzati ad acquisire un'“identità gay positiva”. È nato in contrapposizione alle teorie psicologiche e alle pratiche terapeutiche che patologizzavano l'**omosessualità**, senza considerare l'impatto che l'ostilità sociale esercita sulle persone non-eterosessuali. *Vedi anche:* par. “L'approccio ‘affermativo’”, p. 233; Approccio affermativo.

Gay bashing. Termine anglosassone che letteralmente indica i “pestaggi antigay”, ma può indicare anche altri tipi di aggressioni omofobiche come quelle verbali, psicologiche o istituzionali. *Vedi anche:* Disgusto; Hate crime; Omofobia.

Gay Pride. Termine tradotto in italiano come “orgoglio gay”, non nel senso di “superbia” ma in riferimento al ritrovato senso di dignità dopo il riconoscimento e l'accettazione della propria **omosessualità**, in contrapposizione con la **closetedness**. Viene celebrato il 28 giugno, in ricordo dei moti di **Stonewall**. *Vedi anche:* Closet, Stonewall.

Genere. Il termine, mutuato dalla retorica e dalla filosofia, è in uso dalla seconda metà del secolo scorso anche nell'ambito delle scienze psicologiche e sociali per indicare l'identità e il ruolo di un soggetto in relazione alle categorie di "maschile" e "femminile". Se con il termine "sesso" si vuole denotare l'appartenenza a una categoria biologica e genetica (maschio/femmina), il concetto di genere (e di **identità di genere**) sposta il riferimento sul piano dell'esperienza psicologica, culturale e inevitabilmente politica delle categorie di maschile e femminile. Il genere è dunque una rappresentazione sociale che indica le credenze culturali e familiari sull'uomo e sulla donna. Per fare un esempio, una persona nasce femmina o maschio, ma lo status di donna o uomo è il prodotto di un'introiezione di modelli socioculturali. Il genere è dunque un carattere acquisito e non innato e, per Judith Butler (1990), "un'imitazione di cui manca l'originale". Ciò che comunemente si intende con **identità di genere** riguarda il senso soggettivo di appartenenza alle categorie di uomo o donna (in altri termini la percezione di sé come uomo o donna), mentre con **ruolo di genere** si intende l'espressione esteriore, fortemente influenzata dalle aspettative socioculturali del contesto di appartenenza, dell'**identità di genere**: ciò che "si considera" maschile o femminile. Ne consegue che non sono sovrapponibili, anche se in qualche modo connessi, non solo il concetto di genere e quelli di **identità sessuale** e **orientamento sessuale**, ma anche i concetti di **identità di genere** e di **ruolo di genere**. Per approfondimenti consultare: Dimen e Goldner (2002). *Vedi anche*: par. "Comprendere le connessioni e le differenze tra il genere e l'orientamento sessuale, p. 250; *Identità sessuale; Orientamento sessuale*.

Hate crime. Espressione con cui si indicano i crimini dettati dall'odio (razziale, omofobico ecc.). *Vedi anche*: Disgusto, Gay bashing; Omofobia.

Homoignorance. Indica la disinformazione sull'**omosessualità** e sulle persone non-eterosessuali.

Identità di genere. Si riferisce al senso soggettivo di appartenenza alle categorie di uomo o donna (in altri termini la percezione di sé come uomo o donna). *Vedi*: Genere.

Identità sessuale (anche detta identità di orientamento sessuale). Si riferisce all'esperienza soggettiva dell'**orientamento sessuale**, includendo una dimensione sia "personale", che riguarda l'orientamento sessuale in cui la persona si riconosce e i relativi vissuti, sia "pubblica", che ha a che fare con le modalità attraverso le quali la persona lo dichiara agli altri. Diversamente dall'orientamento sessuale, che è tendenzialmente immutabile, l'**identità sessuale** si sviluppa nel tempo e subisce l'influenza del contesto culturale e sociale.

Intersessualità. Termine non solo più ampio ma anche preferibile a quello di "ermafroditismo", indica lo sviluppo atipico dei caratteri sessuali, tra cui i genitali esterni, gli organi riproduttivi, i cromosomi o gli ormoni sessuali. Le persone intersessuali sono considerate "anormali" da buona parte della società e pertanto possono vivere una condizione di discriminazione. Come evidenzia Jack Drescher (2007), l'intersessualità non è un'identità, né sono accomunabili i fattori biologici che la determinano. Ciò che spesso accomuna le persone intersessuali sono le esperienze di medicalizzazione della loro condizione intersessuale. La necessità culturale di mantenere il binarismo dei generi ha dato inizio, verso la metà del XX secolo, alla pratica di operare chirurgicamente i bambini intersessuati, al fine di assegnare definitivamente il **genere** maschile o femminile. Sul vissuto di un adolescente intersessuale, la regista Lucia Puenzo ha diretto nel 2007 il film *XXY*.

LGB. Acronimo per "lesbiche, gay, bisessuali". Talvolta, per indicare le altre categorie sessuali o di **genere**, vengono aggiunte le lettere T (transessuali/transgender), Q (queer), I (intersessuali).

Minority stress. Insieme dei disagi psicologici dovuti all'appartenere a una minoranza, usato in riferimento alle persone omosessuali che sono sottoposte a discriminazioni e pregiudizi di

vario ordine e grado. Lo sviluppo psicologico della maggior parte delle persone omosessuali è infatti segnato da una dimensione di stress continuativo, conseguenza di ambienti ostili o indifferenti, episodi di stigmatizzazione, casi di violenza. Il minority stress si compone di tre dimensioni: a) **omofobia interiorizzata**, ossia l'interiorizzazione, più o meno inconsapevole, del pregiudizio che porta a vivere in modo conflittuale la propria omosessualità, fino a volerla negare o contrastare, e addirittura a nutrire sentimenti negativi nei confronti delle persone gay e lesbiche; b) *stigma percepito*, per cui quanto maggiore è la percezione del rifiuto sociale, tanto maggiori saranno la sensibilità all'ambiente, il livello di vigilanza relativo alla paura di essere "identificati" come gay o lesbiche, il ricorso a strategie difensive inadeguate; c) *esperienze vissute di discriminazione e violenza*, con caratteristiche traumatiche acute e/o croniche. Per approfondimenti consultare: Lingiardi, 2007/2012. *Vedi anche*: par. "Comprendere il minority stress e l'omofobia interiorizzata", p. 239; Omofobia interiorizzata.

NARTH. Acronimo di *National Association for Research and Therapy of Homosexuality* (Associazione Nazionale per la Ricerca e la Terapia dell'Omosessualità). Fondato, tra gli altri, da Joseph Nicolosi e Charles Socarides nel 1992, è uno dei principali gruppi che, partendo dal presupposto che l'omosessualità sia una condizione patologica, cerca di "convertire" le persone omosessuali in eterosessuali attraverso pratiche (pseudo)psicoterapeutiche. *Vedi anche*: par. "Comprendere i significati sottostanti l'orientamento sessuale o di fare una 'terapia riparativa'", p. 260; Exodus International; Terapie riparative.

Omofobia. Disagio, svalutazione e avversione, su base psicologico-individuale e/o ideologico-collettiva, nei confronti delle persone omosessuali e dell'**omosessualità** stessa. Sistema di credenze e stereotipi che mantiene giustificabile e plausibile la discriminazione sulla base dell'**orientamento sessuale**. Uso di un linguaggio o slang offensivi per le persone gay/lesbiche. Spesso le persone che provano pregiudizi verso le minoranze sessuali confondono l'**identità di genere** con l'**orientamento sessuale** e sono quindi sia transfobiche sia omofobiche (o bifobiche). Ogni anno l'Arcigay pubblica un report (reperibile su www.arcigay.it) contenente tutti i casi di omofobia pubblicati sui giornali in Italia. È importante ricordare il termine "omofobia" ha ricevuto alcune critiche, a cominciare dal non essere una "fobia" nel senso stretto del termine. Nonostante ciò, rimane il termine più diffuso, soprattutto in Italia. Per approfondimenti consultare: Lingiardi, 2007/2012. *Vedi anche*: Bifobia; Disgusto; Eterofilia; Eterosessismo; Transfobia.

Omofobia interiorizzata. Insieme di sentimenti e atteggiamenti negativi (dal disagio al disprezzo) che una persona può provare (più o meno consapevolmente) nei confronti della propria **omosessualità** (fino al punto di nutrire sentimenti negativi verso le persone gay e lesbiche). Le caratteristiche associate all'**omofobia interiorizzata** sono una scarsa accettazione e stima di sé, che può raggiungere la forma dell'odio di sé, sentimenti d'incertezza, inferiorità e vergogna, incapacità di comunicare agli altri il proprio orientamento, convinzione di essere rifiutati a causa della propria omosessualità, identificazione con gli stereotipi denigratori.

Orogenitorialità. Termine che si riferisce alla funzione genitoriale esercitata dalle coppie gay e lesbiche. *Vedi anche*: par. "Comprendere le tematiche legate alla genitorialità gay e lesbica", p. 282; "Conoscere le ricerche sull'omogenitorialità", p. 286.

Omosessualità. Indica l'attrazione erotico-affettiva per le persone dell'altro sesso. *Vedi anche*: Identità sessuale; Orientamento sessuale.

Omosessualità egodistonica. Indica un **orientamento omosessuale** vissuto come conflittuale, spesso a causa dello stigma sociale. Da quando la comunità scientifica internazionale ha eliminato la diagnosi di **omosessualità** dalla nosografia psichiatrica, si preferisce parlare di **omofobia interiorizzata**. *Vedi anche*: par. "La depatologizzazione dell'omosessualità", p. 228; "Comprendere il minority stress e l'omofobia interiorizzata", p. 245; Omofobia interiorizzata.

Omosessualità egosintonica. Indica un orientamento omosessuale riconosciuto e accettato dall'individuo. *Vedi anche:* par. "La depatologizzazione dell'omosessualità", p. 228.

Orientamento sessuale. Caratteristica tendenzialmente immutabile che contribuisce a formare l'**identità sessuale**, indica il **genere** e le caratteristiche sessuali oggetto di attrazione erotico-affettiva: eterosessuale se l'attrazione è rivolta verso l'altro sesso, omosessuale se l'attrazione è rivolta verso lo stesso sesso, bisessuale se l'attrazione è rivolta verso entrambi i sessi. *Vedi anche:* Identità sessuale.

Outing. Termine che indica la rivelazione pubblica dell'**orientamento sessuale** di un individuo, attuata senza il suo consenso e/o contro la sua volontà. Spesso viene usato erroneamente ("... ha fatto outing") per indicare la rivelazione volontaria del proprio **orientamento sessuale** (che invece si denomina **coming out**). *Vedi anche:* par. "Comprendere ed esplorare il processo di coming out", p. 263; Coming out.

PaCS. Acronimo di "Pacte civil de solidarité" (Patto civile di solidarietà), forma di unione civile tra persone maggiorenni dello stesso sesso o di sesso diverso, entrata in vigore in Francia il 15 novembre 1999. Sancisce diritti e doveri dei partner. Garantisce meno diritti del matrimonio (esclude, ad esempio, l'adozione o il ricorso alla procreazione assistita), ma tutela le convivenze a un livello di base (ad esempio, per quanto riguarda misure fiscali e agevolazioni sociali). In Italia, si deve all'on. Franco Grillini la presentazione, nel 2002, di una proposta di legge sulla "disciplina del patto civile di solidarietà e delle unioni di fatto". *Vedi anche:* par. "Tener conto del minority stress nelle dinamiche di coppia", p. 279; Unione civile.

Pedofilia. Attrazione e ricerca di attività sessuale con bambini, maschi e/o femmine, prepuberi. Può essere più o meno esclusiva e spesso avviene in contesti familiari (pedofilia incestuosa). Si tratta di un disturbo psicopatologico che il soggetto raramente riconosce come tale e che, se non curato, ha decorso cronico. È frequente che i pedofili siano stati a loro volta vittime di abusi sessuali infantili. Spesso il riferimento alla pedofilia viene utilizzato per denigrare le persone gay e lesbiche.

Queer. Termine anglosassone che significa "strambo", "eccentrico" e, in senso dispregiativo, "finocchio", "frocio". Negli anni Novanta le stesse persone etichettate come queer si sono riappropriate del termine utilizzandolo in positivo per sancire la propria estraneità da identità fisse, categorie precostituite e logiche dicotomiche tipo eterosessuale/omosessuale, maschile/femminile. Oggi è usato in senso ampio per indicare tutte le soggettività non eterosessuali. Per approfondimenti consultare: Gerstner (2006).

Resilienza. Termine mutuato dall'ingegneria, dove indica la proprietà di un materiale di resistere senza spezzarsi. In psicologia designa le capacità e le risorse individuali che aiutano a far fronte alle difficoltà e agli eventi traumatici, riorganizzando positivamente la propria vita. Anche rispetto al **minority stress**, la resilienza può costituire un importante fattore protettivo che lo psicologo e lo psicoterapeuta dovrebbero essere in grado di riconoscere e consolidare. *Vedi anche:* par. "Riconoscere e favorire la resilienza", p. 268.

Ruolo di genere. Indica l'espressione esteriore dell'**identità di genere**. *Vedi:* Genere.

Stonewall. Nome di un locale newyorkese (Stonewall Inn) frequentato da gay e transessuali, dove nella notte tra il 27 e il 28 giugno 1969 avvenne la prima ribellione ai soprusi della polizia (la cosiddetta "rivolta di Stonewall"), segnando l'avvio del movimento di liberazione omosessuale americano. In ricordo di questo episodio, il 28 giugno si celebra la giornata dell'orgoglio omosessuale (**Gay Pride**). Il regista Nigel Finch ne ha tratto l'omonimo film nel 1995. Sui movimenti per i diritti gay segnaliamo anche il film *Milk* diretto da Gus Van Sant nel 2008.

Terapie riparative. Dette anche “terapie di conversione”, “terapie di riorientamento” o “terapie ex-gay”, costituiscono una sedicente forma di psicoterapia volta a “cambiare” l’orientamento da “omosessuale” a “eterosessuale”, partendo dal pregiudizio che l’omosessualità sia una patologia e che l’eterosessualità sia la “meta naturale” dello sviluppo psicosexuale. Sono chiaramente basate su premesse ideologico-religiose e non clinico-scientifiche. Come dimostrato dagli studi empirici, non solo non ottengono il risultato voluto, ma possono causare gravi danni all’individuo. Pertanto queste “terapie” sono state bandite dalle più autorevoli organizzazioni internazionali per la salute mentale. Per approfondimenti consultare: Rigliano e Graglia (2006); Rigliano, Ciliberto e Ferrari (2012). *Vedi anche:* parr. “Atteggiamenti degli psicologi verso le omosessualità”, p. 231; “Comprendere i significati sottostanti le richieste di modificare l’orientamento sessuale o di fare una ‘terapia riparativa’”, p. 260.

Transessuale. Individuo il cui sesso biologico differisce dalla sua **identità di genere**. A differenza del *transgender*, attua o si propone di attuare interventi chirurgici e/o ormonali per adeguare il proprio fisico, la propria voce ecc. a come sente di essere psicologicamente. Vengono distinti gli *FtoM* (*female to male*) dagli *MtoF* (*male to female*), in base al loro sesso biologico (potremmo dire “di partenza”) e a quello desiderato. Anche se spesso sono confusi, **omosessualità** e transessualismo sono concetti distinti: il primo riguarda l’**orientamento sessuale**, e quindi l’oggetto dell’attrazione erotica e affettiva, il secondo l’**identità di genere**. *Vedi anche:* Transfobia; Transgender; Travestitismo.

Transfobia. Insieme di sentimenti e atteggiamenti negativi verso il transessualismo e le persone **transessuali** e **transgender** sulla base della loro **identità di genere**. *Vedi anche:* Bifobia, Omofobia.

Transgender. Individuo che disconferma le aspettative, i ruoli e gli atteggiamenti tradizionali legati al **genere**, spesso mantenendo inalterato il proprio sesso biologico. L’origine del transgenderismo risale ai primi anni Ottanta come movimento politico che contesta l’**eterosessismo**, il binarismo maschile/femminile e un’idea restrittiva, fissa e precostituita di **identità di genere**, oltre a opporsi all’aspettativa socioculturale che il **genere** di un individuo debba necessariamente combaciare con il sesso biologico, svelando il carattere di costruzione culturale dell’**identità di genere**. *Vedi anche:* Transessuale; Transfobia; Travestitismo.

Trattato di Amsterdam. Entrato in vigore nel 1999, apporta sostanziali modifiche e integrazioni al “Trattato sull’Unione Europea” (anche detto “Trattato di Maastricht”, entrato in vigore nel 1993). Delinea le basi e gli obiettivi della politica sociale europea per promuovere l’occupazione, migliorare le condizioni di vita e di lavoro, fornire una protezione sociale adeguata, lottare contro qualsiasi discriminazione ed emarginazione, favorire il dialogo sociale, lo sviluppo delle risorse umane, la parità tra uomini e donne. Introduce nella normativa europea il divieto di discriminazione in base all’**orientamento sessuale**. Per approfondimenti consultare il sito ufficiale dell’Unione Europea: europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/treaties/amsterdam_treaty/index_it.htm. *Vedi anche:* Carta di Nizza; Trattato di Lisbona.

Trattato di Lisbona. Proposto nel 2007, è entrato in vigore nel 2009 dopo due anni di negoziati. Il “Trattato di Lisbona” modifica, senza sostituire, il “Trattato sull’Unione Europea” e il trattato che istituisce la Comunità europea. È stato ratificato da tutti i 27 Stati membri dell’Unione, mediante referendum o voto parlamentare. Favorisce un’unione sempre più stretta tra i popoli dell’Europa e fa sì che le decisioni siano prese in maniera trasparente e il più vicino possibile ai cittadini. Tra i suoi obiettivi vi sono il rafforzamento della democrazia e dell’efficienza istituzionale, favorendo il rispetto dei diritti e le libertà fondamentali, la sicurezza e l’uguaglianza dei cittadini europei, la coesione economica, sociale e territoriale e anche la solidarietà tra gli stati membri. Infine, il “Trattato di Lisbona” conferisce valore giuridico alla “Carta

dei diritti fondamentali dell'Unione Europea", meglio conosciuta come "**Carta di Nizza**", che così diviene vincolante per tutti gli stati membri dell'Unione Europea. Di conseguenza il divieto di discriminazione sulla base dell'**orientamento sessuale** diviene un principio generale che permea tutta la normativa europea. Per approfondimenti consultare il sito ufficiale dell'Unione Europea: europa.eu/lisbon_treaty. *Vedi anche*: Carta di Nizza, Trattato di Amsterdam.

Travestitismo. Pratica che consiste nell'indossare abbigliamento tipico del **genere** opposto. A differenza del **transgenderismo**, non ha una valenza politica, né vuole decostruire i significati culturali legati al **genere**. Il termine *crossdresser* tende a sostituirsi sempre più alla dicitura "travestito" perché associato, quest'ultimo, al concetto clinico di parafilia (un tempo detta perversione). Il *crossdresser* è invece una persona che si traveste, in privato e/o in pubblico, senza implicazioni di eccitazione sessuale; il *crossdressing* può praticarlo sia una donna sia un uomo, indipendentemente dal suo **orientamento sessuale**. *Vedi anche*: Transfobia; Transessuale; Transgender.

Unione civile. Termine generico per indicare il riconoscimento giuridico della convivenza tra due persone, che assume forme diverse nei singoli Paesi. In genere non è equiparabile al matrimonio civile perché, oltre a prevedere una minore tutela della coppia, non ha lo stesso valore simbolico. *Vedi anche*: PaCS.

APPENDICE A

Dichiarazione ufficiale dell'American Psychiatric Association su omosessualità e diritti civili³⁶

Approvato dal Board of Trustees, dicembre 1973

Approvato dall'Assemblea, 1973

"Le direttive sono approvate dall'Assemblea dell'APA e dal Board of Trustees [...] Sono [...] le dichiarazioni ufficiali che definiscono la politica ufficiale dell'APA su temi specifici [...]" (*APA Operations Manual*).

"Considerando che l'omosessualità di per sé non implica alcuna compromissione nella capacità di giudizio, nella stabilità, nell'affidabilità e nelle comuni competenze sociali o professionali, l'American Psychiatric Association deplora ogni tipo di discriminazione pubblica o privata che può essere perpetrata ai danni degli omosessuali in vari ambiti, come il lavoro, l'alloggio, l'assegnazione di unità abitative popolari o la concessione delle licenze e dichiara che gli omosessuali non dovrebbero essere tenuti a dimostrare più degli altri le capacità di giudizio, le competenze o l'affidabilità. Inoltre, l'American Psychiatric Association sostiene e incoraggia la promulgazione di leggi sui diritti civili a livello locale, statale e federale, affinché si estendano anche ai cittadini omosessuali la tutela e il rispetto attualmente garantiti alle altre persone in base alla razza, alla religione, al colore della pelle ecc. Inoltre, l'American Psychiatric Association sostiene e incoraggia l'abrogazione di tutte le leggi discriminatorie dirette contro i rapporti omosessuali tra adulti consenzienti in privato. (Naturalmente, l'American Psychiatric Association è consapevole che i diritti civili vengono negati a

36. Trad. it. in Lingiardi, 2007/2012, pp. 179-180. Documento originale disponibile sul sito dell'American Psychiatric Association: [www.psychiatry.org/File Library/Advocacy and Newsroom/Position Statements/ps1973_HomosexualityCivilRights.pdf](http://www.psychiatry.org/File%20Library/Advocacy%20and%20Newsroom/Position%20Statements/ps1973_HomosexualityCivilRights.pdf).

molte persone oltre che agli omosessuali, senza alcun motivo razionale ma sulla base di connotazioni stigmatizzanti derivate dalla terminologia diagnostica o descrittiva utilizzata in psichiatria, e deplora ogni forma di discriminazione. La presente risoluzione è rivolta specificamente alla discriminazione contro gli omosessuali a causa della diffusione pervasiva dei comportamenti discriminatori diretti contro di loro e delle leggi infondate e discriminatorie sull'omosessualità.)”

Questa dichiarazione è stata redatta da Robert L. Spitzer, M.D., con il consenso della Task Force on Nomenclature and Statistics. Il Council on Professions and Associations ne ha raccomandato l'approvazione.

APPENDICE B

Cure per una malattia che non esiste. Le presunte terapie volte a modificare l'orientamento sessuale mancano di giustificazione clinica e sono eticamente inaccettabili

(Pan American Health Organization, Sezione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 2012)³⁷

Introduzione

Innumerevoli individui vivono circondati dal rifiuto, dal maltrattamento e dalla violenza perché sono percepiti come dei “diversi”. Tra di loro vi sono milioni di persone vittime di indifferenza, disprezzo e odio a causa dell'orientamento sessuale. Queste manifestazioni di omofobia si fondano sull'intolleranza derivante da un cieco fanatismo oppure da idee pseudo-scientifiche che considerano il comportamento non-eterosessuale e non-procreativo come una “deviazione” o il risultato di un “difetto dello sviluppo”.

Qualunque ne siano le origini e le manifestazioni, ogni forma di omofobia ha effetti negativi sulle persone coinvolte, sulle loro famiglie, sui loro amici e sulla società in generale. Abbondano le storie e le testimonianze di sofferenza, di senso di colpa e vergogna, di esclusione sociale, di minacce e aggressioni, e di persone che sono state maltrattate e torturate fino a riportare danni e ferite permanenti o persino la morte. Conseguentemente, l'omofobia rappresenta un problema di salute pubblica che dev'essere affrontato in maniera forte e decisa.

Così come ogni espressione di omofobia è deplorabile, i danni causati dai professionisti della salute a causa dell'ignoranza, del pregiudizio o dell'intolleranza sono assolutamente inaccettabili e devono essere evitati con ogni mezzo. Non solo è di primaria importanza che ogni persona che si rivolga a loro sia trattata con dignità e rispetto; è essenziale anche impedire l'applicazione di teorie e modelli che vedono l'omosessualità come una “deviazione” o una scelta che può essere modificata attraverso la “forza di volontà” o il cosiddetto “supporto terapeutico”.

In molti Stati americani si è constatato il continuo avanzare, attraverso sedicenti

37. Tr. it. in Lingiardi, 2007/2012, pp. 200-206. Documento originale disponibile sul sito della Pan American Health Organization: new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=17703&Itemid=2057.

“cliniche” o “terapeuti”, di servizi volti a “curare” l’orientamento non-eterosessuale, un approccio noto come “terapia riparativa” o “di conversione”.³⁸ È preoccupante che spesso questi servizi siano forniti non solo al di fuori del contesto pubblico ma anche in maniera clandestina. Dal punto di vista dell’etica professionale e dei diritti umani tutelati dai trattati internazionali e dalle convenzioni locali, come la Convenzione Americana sui Diritti umani e il Protocollo supplementare (“Protocollo di San Salvador”),³⁹ si tratta di pratiche inammissibili che dovrebbero essere denunciate e sanzionate.

L’omosessualità come variante naturale e non patologica

Gli sforzi volti a cambiare gli orientamenti non eterosessuali mancano di giustificazione clinica da quando l’omosessualità non può più essere considerata una condizione patologica.⁴⁰ I professionisti concordano nell’affermare che l’omosessualità rappresenta una variante naturale della sessualità senza che abbia alcun effetto intrinsecamente dannoso sulla salute dell’individuo e delle persone a lui vicine. In nessuna delle sue manifestazioni individuali, l’omosessualità costituisce un disturbo o una malattia e dunque non richiede alcuna cura. Per questo motivo, ormai da svariati decenni, l’omosessualità è stata rimossa dai più autorevoli sistemi di classificazione delle malattie.⁴¹

L’inefficacia e la pericolosità delle “terapie di conversione”

Oltre alla mancanza di un’indicazione clinica, non c’è nessuna prova scientifica sull’efficacia dei tentativi di modificare l’orientamento sessuale. Nonostante alcune persone cerchino di limitare l’espressione del proprio orientamento sessuale in termini di comportamento, l’orientamento in sé appare in genere come una caratteristica intrinseca dell’individuo che non può essere modificata. Al tempo stesso, vi è un gran numero di testimonianze sui danni alla salute fisica e mentale causati dalla

38. Comitato dei Diritti Umani, “Concluding observations on Ecuador”, CCPR/C/ECU/CO/5, 2008, paragrafo 12, www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/co/CCPR.C.ECU.CO.5.doc; Consiglio dei Diritti Umani, “Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity”, A/HRC/19/41, 2011, paragrafo 56, www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session19/A-HRC-19-41_en.pdf; Consiglio dei Diritti Umani, “Report of the special rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health”, A/HRC/14/20, 2011, paragrafo 23, www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.pdf; Assemblea Generale delle Nazioni Unite, “Note by the Secretary-General on the question of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment”, A/56/156, 2001, paragrafo 24, www.un.org/documents/ga/docs/56/a56156.pdf.

39. Tra i diritti umani interessati da queste pratiche vi sono il diritto alla vita, all’integrità personale, alla privacy, all’uguaglianza di fronte alla legge, alla libertà personale, alla salute e a trarre beneficio dal progresso scientifico.

40. American Psychiatric Association, “Therapies focused on attempts to change sexual orientation (reparative or conversion therapies): Position statement”, 2000, www.psych.org/Departments/EDU/Library/APAOfficialDocumentsandRelated/PositionStatements/200001.aspx; B.S. Anton, “Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2009: Minutes of the annual meeting of the Council of Representatives and minutes of the meetings of the Board of Directors”, in *American Psychologist*, n. 65, 2010, pp. 385-475, www.apa.org/about/governance/council/policy/sexual-orientation.pdf; Just the Facts Coalition, “Just the facts about sexual orientation and youth: A primer for principals, educators, and school personnel”, Washington, D.C. 2008, www.apa.org/pi/lgbcc/publications/justthefacts.html.

41. Organizzazione Mondiale della Sanità, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10ª revisione)*, Genève 1994; American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª ed. rivista)*, Washington, D.C. 2000.

repressione dell'orientamento sessuale di una persona. Nel 2009 l'American Psychological Association ha condotto una rassegna su 83 studi riguardanti gli effetti degli interventi di "conversione".⁴² Non solo è stato impossibile dimostrare il cambio di orientamento sessuale, ma la rassegna ha anche evidenziato che l'intenzione di modificarlo era accompagnata da depressione, ansia, insonnia, sensi di colpa e vergogna, e persino a ideazione e comportamenti suicidari. Alla luce di tali prove, suggerire ai pazienti che soffrirebbero di un "difetto" e che dovrebbero fare qualcosa per cambiare costituisce una violazione del primo principio dell'etica medica: "primum non nocere". Tali pratiche colpiscono il diritto all'integrità personale oltre che il diritto alla salute, soprattutto nei suoi aspetti psicologici e morali.

Testimonianze sulla violazione dell'integrità personale e degli altri diritti umani

Come fattore aggravante, le "terapie di conversione" si dovrebbero considerare come una minaccia per il diritto all'integrità personale e all'autodeterminazione. Vi sono molte testimonianze di adolescenti che hanno subito interventi "riparativi" contro il loro volere, molto spesso per iniziativa dei familiari. In alcuni casi, le vittime sono state internate e private della libertà, fino a essere tenute in isolamento per diversi mesi.⁴³ Le testimonianze parlano di trattamenti degradanti, umiliazioni estreme, violenze fisiche, condizionamenti negativi tramite elettroshock o sostanze emetiche, e persino molestie sessuali e tentativi di "stupro riparativo", soprattutto nei casi di donne lesbiche. A prescindere dal fatto che i loro effetti "terapeutici" sono nulli se non addirittura controproducenti, questi interventi violano la dignità e i diritti umani delle persone. In questi casi non è stato tutelato il diritto alla salute come è richiesto dagli accordi locali e internazionali stabiliti con il "Protocollo di San Salvador" e la "Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali".

Conclusioni

I professionisti della salute che offrono "terapie riparative" si allineano ai pregiudizi sociali e riflettono una forte ignoranza rispetto alla sessualità e alla salute sessuale. Contrariamente a ciò che molte persone credono o presumono di sapere, non ci sono ragioni – eccezion fatta per lo stigma derivante da questi forti pregiudizi – perché le persone omosessuali debbano essere incapaci di condurre una vita piena e soddisfacente. Il compito dei professionisti della salute non è di causare danni ma di offrire supporto ai pazienti per alleviare le sofferenze e i loro problemi, e non di aggravarli ulteriormente. Un terapeuta che giudica i pazienti non eterosessuali come "anormali" non solo li ferisce ma contribuisce anche ad aggravare i loro problemi. Le "terapie

42. APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, "Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation", Washington, D.C. 2009, www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf.

43. Taller de Comunicación Mujer, "Pacto internacional de derechos civiles y políticos: informe sombra", 2008, www.tcmujer.org/pdfs/Informe%20Sombra%202009%20LBT.pdf; Centro de Derechos Económicos y Sociales, "Tribunal por los derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres", 2005, www.tcmujer.org/pdfs/TRIBUNAL%20DESC%20ECUADOR%20MUJERES.pdf.

riparative” o “di conversione” non hanno indicazioni cliniche e rappresentano una seria minaccia ai diritti umani e alla salute delle persone. Sono pratiche ingiustificate che dovrebbero essere denunciate e soggette a sanzioni e pene adeguate.

Raccomandazioni

Ai governi:

- il maltrattamento omofobico da parte dei professionisti della salute o di altri operatori sanitari viola gli accordi sui diritti umani stabiliti attraverso trattati locali e internazionali. Tali pratiche sono inaccettabili e non dovrebbero essere tollerate.
- Le “terapie riparative” o “di conversione” e le strutture che le propongono dovrebbero essere denunciate e soggette a sanzioni adeguate.
- Le istituzioni che offrono tali “trattamenti” ai margini della sanità dovrebbero essere considerate lesive nei confronti del diritto alla salute poiché danneggiano il benessere individuale e collettivo svolgendo un compito tipicamente sanitario.⁴⁴
- Le vittime di maltrattamento omofobico devono essere trattate seguendo i protocolli di supporto al recupero della dignità e dell’autostima, fornendo loro le cure per il danno fisico ed emotivo e la tutela dei diritti umani, in particolare il diritto alla vita, all’integrità personale, alla salute e all’uguaglianza di fronte alla legge.

Alle istituzioni accademiche:

- le istituzioni pubbliche responsabili della formazione degli operatori sanitari dovrebbero proporre dei corsi sulla sessualità e sulla salute sessuale con particolare attenzione al rispetto per la diversità e all’eliminazione di atteggiamenti patologizzanti, stigmatizzanti e caratterizzati dall’odio verso le persone non eterosessuali. La partecipazione di queste ultime alle attività didattiche contribuisce allo sviluppo di modelli di ruolo positivi e all’eliminazione dei comuni stereotipi riguardo alle comunità e alle persone non eterosessuali.
- La formazione di gruppi di sostegno all’interno del corpo docente e della comunità studentesca contribuisce a ridurre l’isolamento e a promuovere la solidarietà e le relazioni di amicizia e rispetto tra i membri di questi gruppi. Maggiormente auspicabile è la formazione di gruppi sulle diversità sessuali costituiti anche da persone eterosessuali.
- I maltrattamenti e le violenze omofobiche da parte di docenti o studenti sono inaccettabili e non dovrebbero essere tollerati.

Alle associazioni professionali:

- le associazioni professionali dovrebbero diffondere i documenti e le risoluzioni delle istituzioni e agenzie nazionali e internazionali che invitano alla depatologizzazione delle diversità sessuali e alla prevenzione degli interventi volti alla modifica dell’orientamento sessuale.

44. Vedi il Commento generale n. 14 della Commissione sui Diritti Economici, Sociali e Culturali in merito all’obbligo di rispettare, proteggere e osservare gli accordi sui diritti umani da parte dei paesi membri della “Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali”.

- Le associazioni professionali dovrebbero assumere posizioni chiare e precise sulla tutela della dignità umana e stabilire azioni necessarie per la prevenzione e il controllo dell'omofobia in quanto si tratta di un problema riguardante la salute pubblica che ha effetti negativi sul godimento dei diritti civili, politici, economici, sociali e culturali.
- L'impiego delle cosiddette "terapie riparative" o "di conversione" dovrebbe essere considerato fraudolento nonché una violazione dei principi fondamentali dell'etica clinica. Sia i singoli professionisti sia le istituzioni che propongono questi trattamenti dovrebbero essere soggetti a sanzioni adeguate.

Ai media:

- la rappresentazione nei media di gruppi, comunità o individui non eterosessuali dovrebbe essere basata sul rispetto della persona, evitando il ricorso a stereotipi o all'umorismo fondato sulla derisione, sul maltrattamento, sulla violazione della dignità o sulla lesione del benessere individuale e collettivo.
- L'omofobia, in qualunque sua manifestazione, dovrebbe essere dichiarata come un problema di salute pubblica, oltre che una minaccia alla dignità e ai diritti umani.
- L'uso di immagini positive di gruppi o persone non eterosessuali, lungi dal promuovere l'omosessualità (in virtù del fatto che l'orientamento sessuale non può essere cambiato), contribuisce a creare una visione più umana e rispettosa della diversità, dissipando timori infondati e promuovendo la solidarietà.
- La pubblicità che incita l'intolleranza omofobica dovrebbe essere condannata in quanto concorre ad aggravare un problema di salute pubblica e minaccia il diritto alla vita, soprattutto perché contribuisce a perpetuare la sofferenza emotiva, la violenza fisica e i crimini dettati dall'odio.
- La pubblicità dei "terapeuti", dei "centri di cura" o di altri servizi finalizzati alla modifica dell'orientamento sessuale dovrebbe essere considerata illegale e denunciata alle autorità competenti.

Alle organizzazioni della società civile:

- le organizzazioni della società civile possono sviluppare metodi di vigilanza per individuare e denunciare alle autorità competenti le violazioni dei diritti umani perpetrate nei confronti di persone non eterosessuali. Possono inoltre aiutare a identificare e denunciare persone e istituzioni che praticano le cosiddette "terapie riparative" o "di conversione".
- I gruppi di aiuto dei parenti o degli amici di persone non eterosessuali possono facilitare i rapporti con i servizi sociali e sanitari con l'obiettivo di proteggere l'integrità fisica ed emotiva degli individui maltrattati, oltre a denunciare abusi e violenze.
- Incoraggiare ogni giorno interazioni rispettose tra persone di diversi orientamenti sessuali è un fattore di arricchimento per tutti e promuove modalità di convivenza armoniose, costruttive, salutari e pacifiche.

APPENDICE C**L'omosessualità non è una malattia da curare⁴⁵**

Noi, psicologi, psichiatri, psicoterapeuti, psicoanalisti, studiosi e ricercatori nel campo della salute mentale e della formazione, condanniamo ogni tentativo di patologizzare l'omosessualità, che l'American Psychological Association definisce una "variante naturale normale e positiva della sessualità umana" e l'Organizzazione Mondiale della Sanità una "variante naturale del comportamento umano".

Joseph Nicolosi, fondatore del NARTH (Associazione per la Ricerca e la Terapia dell'Omossessualità), sostiene invece, contro ogni evidenza scientifica, che l'omosessualità è "un disturbo mentale che può essere curato", è "un fallimento dell'identificazione di genere" ed è "contraria alla vera identità dell'individuo".

Queste teorie, le terapie "riparative" che su di esse si basano, e ogni teoria filosofica o religiosa che pretenda di definire l'omosessualità come intrinsecamente disordinata o patologica, non solo incentivano il pregiudizio antiomosessuale, ma screditano le nostre professioni e delegittimano il nostro impegno per l'affermazione di una visione scientifica dell'omosessualità. Un terapeuta con pregiudizi antiomosessuali può rinforzare i sentimenti negativi di colpa, disistima e vergogna che molti omosessuali provano, e così alimentare l'omofobia interiorizzata e il minority stress, danneggiando spesso gravemente la salute mentale del soggetto. La persona omosessuale (e i familiari spesso coinvolti) che chiede di essere "guarita" va ascoltata e aiutata a capire le ragioni della sua difficoltà ad accettarsi, ma non va ingannata con la promessa di terapie miracolistiche prive di efficacia dimostrata.

Ricordiamo che gli psicologi italiani sono tenuti al rispetto degli articoli 3, 4, 5 del Codice deontologico, che ribadiscono, tra l'altro, come lo psicologo debba lavorare per promuovere il benessere psicologico, astenersi dall'imporre il suo sistema di valori e aggiornare continuamente le sue conoscenze scientifiche.

Ricordiamo anche che le più importanti associazioni scientifiche e professionali internazionali, come l'American Psychological Association e l'American Psychiatric Association, raccomandano di astenersi dal tentativo di modificare l'orientamento sessuale di un individuo e (come recentemente ribadito dal "Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation" dell'American Psychological Association, Washington, D.C. 2009) affermano che le terapie di "conversione" o riparazione dell'omosessualità sono basate su teorie prive di validità scientifica e non hanno il sostegno di ricerche empiriche attendibili.

È nostro dovere affermare con forza che qualunque trattamento mirato a indurre il/la paziente a modificare il proprio orientamento sessuale si pone al di fuori dello spirito etico e scientifico che anima le nostre professioni, e, in quanto tale, deve essere segnalato agli organi competenti, cioè agli ordini professionali.

45. Documento redatto nel 2010 da autorevoli rappresentanti del mondo accademico e professionale, pubblicato su internet all'indirizzo www.noriparative.it e sottoscritto da oltre 2000 professionisti nel campo della salute mentale e della formazione.

APPENDICE D**Risoluzione dell'American Psychological Association sulle appropriate risposte affermative al disagio relativo all'orientamento sessuale e ai tentativi di cambiarlo**

(APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 2009)⁴⁶

Sintesi della ricerca

Da lunga data il consenso delle scienze comportamentali e sociali, e delle professioni sanitarie e della salute mentale, è che l'omosessualità di per sé è una variante normale e positiva dell'orientamento sessuale umano (Bell, Weinberg, Hammersmith, 1981; Bullough, 1976; Ford, Beach, 1951; Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin et al., 1953). L'omosessualità di per sé non è un disturbo mentale (APA, 1975). Dal 1974 l'American Psychological Association (APA) si è opposta allo stigma, al pregiudizio, alla discriminazione e alla violenza basati sull'orientamento sessuale e ha assunto un ruolo di guida nel supportare l'uguaglianza dei diritti delle persone gay, lesbiche e bisessuali (APA, 2005).

L'APA è preoccupata dei continui tentativi di rappresentare l'omosessualità in modo scorretto e promuovere l'idea che l'orientamento sessuale possa essere cambiato, ed è preoccupata della rinascita dei tentativi di cambiare l'orientamento sessuale (SOCE, Sexual Orientation Change Efforts). I SOCE sono stati oggetto di controversia a causa della tensione tra, da un lato, i valori sostenuti da alcune organizzazioni religiose e, dall'altro, quelli sostenuti dalle organizzazioni per i diritti di gay, lesbiche e bisessuali e dalle organizzazioni scientifiche e professionali (Drescher, 2003; Drescher, Zucker, 2006).

Alcuni individui e gruppi hanno promosso l'idea che l'omosessualità sia sintomo di un difetto dello sviluppo o di un fallimento spirituale e morale, e hanno affermato che i SOCE, inclusi la psicoterapia e i tentativi religiosi, potrebbero modificare sentimenti e comportamenti omosessuali (Drescher, Zucker, 2006; Morrow, Beckstead, 2004). Molti di questi individui e gruppi sembravano far parte del più ampio contesto di movimenti religiosi e politici conservatori che hanno sostenuto la stigmatizzazione dell'omosessualità su base politica o religiosa (Drescher, 2003; Drescher, Zucker, 2006; Southern Poverty Law Center, 2005). La psicologia, in quanto scienza, e le varie tradizioni di fede, in quanto sistemi religiosi, possono riconoscere e rispettare i loro punti di vista metodologici e filosofici profondamente differenti.

L'APA conclude che la psicologia deve riferirsi a metodi provati di ricerca scientifica basata su dati empirici, a partire dai quali le ipotesi vengono confermate o falsificate, come base di esplorazione e comprensione del comportamento umano (APA, 2008a, 2008c).

In risposta a queste preoccupazioni, l'APA ha predisposto la *Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation* per riesaminare la ricerca disponi-

46. Tratto da American Psychological Association, "Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation", APA, Washington 2009, pp. 119-122; tr. it. in P. Rigliano, J. Ciliberto e F. Ferrari, *Curare i gay? Oltre l'ideologia riparativa dell'omosessualità*, Raffaello Cortina, Milano 2012, pp. 237-241. Per la bibliografia si rimanda all'indirizzo internet www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf.

bile sui SOCE e fornire raccomandazioni all'Associazione. La Task Force ha raggiunto le seguenti conclusioni.

Studi recenti sui partecipanti ai SOCE identificano una popolazione di individui che provano un grave disagio in relazione all'attrazione per persone dello stesso sesso. La maggior parte di questi partecipanti sono maschi caucasici che affermano di considerare la propria religione di estrema importanza (Beckstead, Morrow, 2004; Nicolosi, Byrd, Potts, 2000; Schaeffer, Hyde, Kroencke et al., 2000; Shidlo, Schroeder, 2002; Spitzer, 2003). Questi individui riportano di aver perseguito una moltitudine di tentativi religiosi e laici, mirati ad aiutarli a cambiare il loro orientamento sessuale. A oggi, la ricerca non ha pienamente indagato età, genere, identità di genere, razza, appartenenza etnica, cultura, origini nazionali, disabilità, linguaggio, e status socio-economico nella popolazione che prova questo disagio.

Non esistono studi di rigore scientifico adeguato a concludere se i recenti SOCE siano o meno efficaci nel cambiare l'orientamento sessuale di una persona. Precedenti lavori scientificamente rigorosi condotti in questo ambito (Birk, Huddleston, Miller et al., 1971; James, 1978; McConaghy, 1969, 1974; McConaghy, Proctor, Barr, 1972; Tunner, 1974, 1975) hanno trovato improbabile che l'orientamento sessuale (inteso come attrazione erotica ed eccitazione sessuale rivolte verso l'uno, l'altro o entrambi i sessi) potesse cambiare in base a tentativi progettati a questo scopo. Alcuni individui sembravano imparare a ignorare o limitare le loro attrazioni. Tuttavia questo era molto meno probabile per quelle persone le cui attrazioni sessuali fossero inizialmente limitate a persone dello stesso sesso.

Per quanto i dati affidabili sulla sicurezza dei SOCE siano molto limitati, alcuni individui hanno riportato di essere stati danneggiati da tali trattamenti. Il disagio e la depressione sono stati aggravati. La convinzione di poter cambiare il proprio orientamento sessuale seguita dal fallimento del trattamento era identificata come causa significativa di disagio e di immagine di sé negativa (Beckstead, Morrow, 2004; Shidlo, Schroeder, 2002).

Sebbene non ci siano prove sufficienti a sostenere l'uso di interventi psicologici per il cambiamento dell'orientamento sessuale, alcuni individui hanno modificato la loro identità di orientamento sessuale (vale a dire l'appartenenza e l'affiliazione al gruppo), il comportamento e i valori (Nicolosi et al., 2000). Lo hanno fatto in modi diversi e con risultati molteplici e imprevedibili, alcuni dei quali temporanei (Beckstead, Morrow, 2004; Shidlo, Schroeder, 2002). Basandoci sui dati disponibili, ulteriori affermazioni sul significato di quei risultati sono prive di supporto scientifico.

Sulla base dei riscontri della Task Force, l'APA incoraggia i professionisti della salute mentale a fornire assistenza a coloro che cercano un cambiamento dell'orientamento sessuale utilizzando approcci affermativi, competenti sotto il profilo multiculturale (Bartoli, Gillem, 2008; Brown, 2006) e centrati sul cliente (Beckstead, Israel, 2007; Glassgold, 2008; Haldeman, 2004; Lasser, Gottlieb, 2004), che riconoscano l'impatto negativo dello stigma sociale sulle minoranze sessuali (Herek, 2009; Herek, Garnets, 2007) e soppesino i principi etici di beneficenza e astensione dal danno, di giustizia, di rispetto dei diritti e della dignità delle persone (APA, 1998, 2002; Davison, 1976; Haldeman, 2002; Schneider, Brown, Glassgold, 2002).

Risoluzione

Considerato che l'American Psychological Association si oppone espressamente al pregiudizio (in senso lato) e alla discriminazione basata sull'età, il genere, l'identità di genere, la razza, l'appartenenza etnica, la cultura, l'origine nazionale, la religione, l'orientamento sessuale, la disabilità, il linguaggio o lo stato socioeconomico (APA, 1998, 2000, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008c);

Considerato che l'American Psychological Association si pone in un ruolo guida nel combattere il pregiudizio e la discriminazione (APA, 2008b, 2008c), incluso il pregiudizio basato o derivato dalla religione o dalla spiritualità, e incoraggia una concezione appropriata della religione e della spiritualità come variabili di diversità (APA, 2008c);

Considerato che gli psicologi rispettano la diversità umana in termini di età, genere, identità di genere, razza, appartenenza etnica, cultura, origini nazionali, disabilità, linguaggio, e status socioeconomico (APA, 2002), e che gli psicologi si sforzano di prevenire che errori di giudizio derivanti dalle proprie credenze spirituali, religiose o non-religiose, abbiano la precedenza sulla loro pratica e gli standard professionali o sui risultati scientifici nel loro lavoro (APA, 2008c);

Considerato che gli psicologi sono incoraggiati a riconoscere che è al di fuori del loro ruolo e delle loro competenze, l'affermazione di principi religiosi o spirituali, sebbene si riconosca anche che essi possono pronunciarsi con competenza sulle implicazioni psicologiche di credenze o pratiche quando esistano evidenze psicologiche rilevanti in merito (APA, 2008c);

Considerato che quanti lavorano a partire da tradizioni religiose/spirituali sono incoraggiati a riconoscere che è al di fuori del loro ruolo e delle loro competenze giudicare argomenti di evidenza scientifico-empirica in psicologia, sebbene si riconosca anche che questi possono parlare appropriatamente delle implicazioni teologiche delle scienze psicologiche (APA, 2008c);

Considerato che l'American Psychological Association incoraggia attività di collaborazione tra psicologi e comunità religiose per il perseguimento di obiettivi professionali condivisi, quando tali collaborazioni possono essere svolte nel rispetto reciproco coerente con il ruolo professionale e scientifico degli psicologi (APA, 2008c);

Considerato che l'ignoranza sociale e il pregiudizio sull'orientamento sessuale omosessuale pone alcune minoranze sessuali a rischio di cercare un cambiamento dell'orientamento sessuale a causa di conflitto personale, familiare o religioso o per mancanza di informazioni (Beckstead, Morrow, 2004; Haldeman, 1994; Ponticelli, 1999; Shidlo, Schroeder, 2002; Wolkomir, 2001);

Considerato che alcuni professionisti promuovono trattamenti basati sulla premessa che l'omosessualità sia un disturbo mentale (ad esempio, Nicolosi, 1991; Socarides, 1968);

Considerato che i bambini e gli adolescenti appartenenti alle minoranze sessuali sono una popolazione particolarmente vulnerabile con compiti di sviluppo peculiari (Perrin, 2002; Ryan, Futterman, 1997), che mancano di un'adeguata protezione legale da trattamenti non voluti o imposti (Arriola, 1998; Burack, Josephson, 2005; Molnar,

1997) e che genitori e tutori hanno bisogno di informazioni accurate per prendere decisioni informate riguardo il loro sviluppo e benessere (Cianciotto, Cahill, 2006; Ryan, Futterman, 1997); e

Considerato che la ricerca ha mostrato che per i minori appartenenti a minoranze sessuali il rifiuto familiare è un predittore di esiti negativi (Remafedi, Farrow, Deisher, 1991; Ryan, Huebner, Diaz et al., 2009; Savin-Williams, 1994; Wilber, Ryan, Marksamer, 2006) e che l'accettazione genitoriale e il supporto scolastico sono fattori protettivi (D'Augelli, 2003; D'Augelli, Hershberger, Pilkington, 1998; Goodnow, Szalacha, Westheimer, 2006; Savin-Williams, 1989);

*Pertanto sia deliberato che l'American Psychological Association afferma che l'attrazione, i sentimenti e i comportamenti sessuali e romantici verso persone dello stesso sesso sono normali e positive varianti della sessualità umana indipendentemente dall'identità di orientamento sessuale;*⁴⁷

Sia inoltre deliberato che l'American Psychological Association ribadisce la sua posizione che l'omosessualità di per sé non è un disturbo mentale e si oppone a rappresentazioni dei giovani e degli adulti appartenenti a minoranze sessuali come malati mentali a causa del loro orientamento sessuale;

Sia inoltre deliberato che l'American Psychological Association conclude che non ci sono prove sufficienti a sostenere l'uso di interventi psicologici per cambiare l'orientamento sessuale;

Sia inoltre deliberato che l'American Psychological Association incoraggia i professionisti della salute mentale a evitare di offrire false rappresentazioni dell'efficacia dei tentativi di cambiamento dell'orientamento sessuale promuovendo o promettendo cambiamenti nell'orientamento sessuale, allorché forniscono assistenza a individui in difficoltà a causa del loro orientamento sessuale o di quello di altri;

Sia inoltre deliberato che l'American Psychological Association conclude che i benefici riportati dai partecipanti a tentativi di cambiamento dell'orientamento sessuale possono essere ottenuti attraverso approcci che non tentano di cambiare l'orientamento sessuale;

Sia inoltre deliberato che l'American Psychological Association conclude che le conoscenze emerse sui trattamenti affermativi e competenti sul piano multiculturale offrono il fondamento per una pratica appropriata e fondata sulle evidenze con bambini, adolescenti e adulti che sono in difficoltà per o cercano di cambiare il loro orientamento sessuale (Bartoli, Gillem, 2008; Brown, 2006; Martell, Safren, Prince, 2004; Norcross, 2002; Ryan, Futterman, 1997);

Sia inoltre deliberato che l'American Psychological Association consiglia i genitori, i tutori, i giovani e le loro famiglie di evitare i tentativi di cambiamento dell'orientamento sessuale che rappresentano l'omosessualità come una malattia mentale o un disturbo dello sviluppo e di cercare psicoterapia, supporto sociale e servizi educativi che forniscano informazioni accurate sull'orientamento sessuale e la sessualità, incrementino il supporto familiare e scolastico, e riducano il rifiuto verso i giovani appartenenti a minoranze sessuali;

47. Corsivo nostro.

Sia inoltre deliberato che l'American Psychological Association incoraggia i clinici a considerare le preoccupazioni etiche evidenziate nella "Risoluzione APA sulle risposte terapeutiche adeguate all'orientamento sessuale" del 1997 (APA, 1998), in particolare i seguenti principi e norme: basi scientifiche per il giudizio professionale, benefici e danni, giustizia, e rispetto per i diritti e la dignità delle persone;

Sia inoltre deliberato che l'American Psychological Association incoraggia i clinici a essere consapevoli che l'età, il genere, l'identità di genere, la razza, l'appartenenza etnica, la cultura, l'origine nazionale, la religione, la disabilità, il linguaggio e lo stato socioeconomico potrebbero interagire con lo stigma sessuale e contribuire a variazioni nello sviluppo, nell'espressione e nell'esperienza dell'identità di orientamento sessuale;

Sia inoltre deliberato che l'American Psychological Association si oppone alla distorsione e all'uso selettivo dei dati scientifici riguardo all'omosessualità da parte di individui e organizzazioni che cercano di influenzare le politiche pubbliche e la pubblica opinione e si assumerà un ruolo guida nel rispondere a tali distorsioni;

Sia inoltre deliberato che l'American Psychological Association supporta la diffusione di un'accurata informazione scientifica e professionale sull'orientamento sessuale al fine di contrastare errori di giudizio che si basano su una mancanza di conoscenze sull'orientamento sessuale;

Sia inoltre deliberato che l'American Psychological Association incoraggia i gruppi di supporto e rappresentanza, gli ufficiali eletti, i professionisti della salute mentale, gli amministratori, i professionisti e i gruppi religiosi, e le altre organizzazioni, a cercare spazi di collaborazione che possano promuovere il benessere delle minoranze sessuali.

BIBLIOGRAFIA

- ABBATE, L., MASSARO, V. (2009), "Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)." In DEL CORNO, F., LANG, M. (a cura di), *La diagnosi testologica. Test neuropsicologici, test d'intelligenza, test di personalità, testing computerizzato*. Franco Angeli, Milano, pp. 353-395.
- ADELSON, S.L., AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP) COMMITTEE ON QUALITY ISSUES (CQI) (2012), "Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescents". In *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 9, pp. 957-974.
- AMATO, P.R. (2012), "The well-being of children with gay and lesbian parents". In *Social Science Research*, 41, pp. 771-774.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2005), *Lesbian & Gay Parenting*. American Psychological Association, Washington, DC. Disponibile online: www.apa.org/pi/parent.html.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION DIVISION 44/COMMITTEE ON LESBIAN, GAY, BISEXUAL, AND TRANSGENDER CONCERNS GUIDELINES REVISION TASK FORCE (2012), "Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients". In *American Psychologist*, 67, 1, pp. 10-42. Disponibile online: www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION TASK FORCE ON APPROPRIATE THERAPEUTIC RESPONSES TO SEXUAL ORIENTATION (2009), *Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. American Psychological Association, Washington, DC. Disponibile online: www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf.
- BAIOCCO, R., ARGALIA, M., LAGHI, F. (2012), "The desire to marry and attitudes toward same-sex family legalization in a sample of Italian lesbians and gay men". In *Journal of Family Issues*, 16,

- BAIOCCO, R., D'ALESSIO, M., LAGHI, F. (2010), "Binge drinking among gay, and lesbian youths: The role of internalized sexual stigma, self-disclosure, and individuals' sense of connectedness to the gay community". In *Addictive Behaviors*, 35, 10, pp. 896-899.
- BAIOCCO, R., LAGHI, F., DI POMPONIO, I., NIGITO, C.S. (2012), "Self-disclosure to the best friend: Friendship quality and internalized sexual stigma in Italian lesbian and gay adolescents". In *Journal of Adolescence*, 35, 2, pp. 381-387.
- BARTLETT, A., SMITH, G., KING, M. (2009), "The response of mental health professionals to clients seeking help to change or redirect same-sex sexual orientation". In *BMC Psychiatry*, 9, 11. Disponibile online: www.biomedcentral.com/1471-244X/9/11.
- BATTISTINI, A.M. (2006), "Omoparentalità". In *Io Donna*, inserto del *Corriere della Sera*, 28 ottobre. Disponibile online: http://www.spiweb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=50:di-anna-maria-battistini-pubblicata-su-io-donna-inserto-del-corriere-della-sera&catid=234&Itemid=452.
- BERGER, R.M. (1980), "Psychological adaptation of the older homosexual male". In *Journal of Homosexuality*, 5, 3, pp. 161-175.
- BJORK, D. (2004), "Disclosure and the development of trust in the therapeutic setting". In *Journal of Lesbian Studies*, 8, 1-2, pp. 95-105.
- BLECHNER, M.J. (2009), *Sex Changes. Transformations in Society and Psychoanalysis*. Routledge, London-New York.
- BLUMENFELD, W.J. (1992) (a cura di), *Homophobia: How We All Pay the Price*. Beacon Press, Boston, MA.
- BOWLBY, J. (1988), *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1989.
- BROWN, L.S. (1996), "Preventing heterosexism and bias in psychotherapy and counseling". In ROTHBLUM, E.D., BOND, L.A. (a cura di), *Preventing Heterosexism and Homophobia*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, pp. 36-58.
- BUTLER, J. (1990), *Scambi di genere. Identità, sesso, desiderio*. Tr. it. Sansoni, Milano 2004.
- CAPOZZI, P., LINGIARDI, V., LUCI, M. (2004), "L'atteggiamento degli psicoanalisti italiani nei confronti dell'omosessualità: una ricerca empirica". In *Psicoterapia e Scienze Umane*, 38, 3, pp. 339-360.
- CHIARI, C. (2006), "La famiglia attraverso lo svelamento". In RIZZO, D. (a cura di), *Omosapiens. Studi e ricerche sugli orientamenti sessuali*. Carocci, Roma, pp. 10-21.
- COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH (2002), "Coparent or second-parent adoption by same-sex parents". In *Pediatrics*, 109, pp. 339-340.
- DAHL, A.L., GALLIHER, R.V. (2012), "LGBTQ adolescents and young adults raised within a Christian religious context: positive and negative outcomes". In *Journal of Adolescence*, 35, pp. 1611-1618.
- DEL CORNO, F., LANG, M. (2009) (a cura di), *La diagnosi testologica. Test neuropsicologici, test d'intelligenza, test di personalità, testing computerizzato*. Franco Angeli, Milano.
- DIMEN, M., GOLDNER, V. (2006) (a cura di), *La decostruzione del genere. Teoria femminista, cultura postmoderna e clinica psicoanalitica*. Prefazione e cura dell'edizione italiana di V. Lingiardi, Il Saggiatore, Milano.
- DODGE, B., REECE, M., GEBHARD, P.H. (2008), "Kinsey and beyond: Past, present, and future considerations for research on male bisexuality". In *Journal of Bisexuality*, 8, 3-4, pp. 175-189.
- DRESCHER, J. (1998a), *Psychoanalytic Therapy and the Gay Man*. The Analytic Press, London.
- DRESCHER, J. (1998b), "I'm your handyman: A history of reparative therapies". In *Journal of Homosexuality*, 36, 1, pp. 19-42.
- DRESCHER, J. (2001), "Il trattamento della compulsività sessuale in un paziente gay". In *Psicoterapia e Scienze Umane*, 34, 3, pp. 81-93.
- DRESCHER, J. (2007), "From bisexuality to intersexuality. Rethinking gender categories". In *Contemporary Psychoanalysis*, 43, pp. 204-228.
- DRESCHER, J. (2009), "Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual". In *Archives of Sexual Behavior*, 39, pp. 427-460.
- DRESCHER, J. (2011), "The computer screen shatters the blank screen – and patients benefit". In *Psychology Today*, June 24. Disponibile online: www.psychologytoday.com/blog/psychoanalysis-30/201106/the-computer-screen-shatters-the-blank-screen-and-patients-benefit.

- DRESCHER, J. (2012a), "What's in your closet?". In LEVOUNIS, P., DRESCHER, J., BARBER, M.E. (a cura di), *The LGBT Casebook*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, London, pp. 3-16.
- DRESCHER, J. (2012b), Commento a "Il caso Sebastiano (la self-disclosure del terapeuta omosessuale con un paziente omosessuale)" di A. Firetto. In *Psicoterapia e Scienze Umane*, 46, 2, pp. 255-257.
- DRESCHER, J., BYNE, W. (2012), "Gender dysphoric/gender variant (GD/GV) children and adolescents: Summarizing what we know and what we have yet to learn". In *Journal of Homosexuality*, 59, 3, pp. 501-510.
- DRESCHER, J., BYNE, W. (2013), *Treating Transgender Children and Adolescents: An Interdisciplinary Discussion*. Routledge, New York.
- DRESCHER, J., COHEN-KETTENIS, P., WINTER, S. (2012), "Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11". In *International Review of Psychiatry*, 24, pp. 568-577.
- EGGEBEEN, D.J. (2012), "What can we learn from studies of children raised by gay or lesbian parents?". In *Social Science Research*, 41, pp. 775-778.
- EXNER, J.E. (2003), *The Rorschach: A Comprehensive System*, 4th ed. John Wiley & Sons, New York.
- FOUCAULT, M. (1976-1984), *Storia della sessualità*, vol. 3. Tr. it. Feltrinelli, Milano 1978-1985.
- FOX, R.C. (2004), "Bisexuality". In *Journal of Bisexuality*, 4, 1-2, pp. 161-255.
- FOX, R.C. (2006), *Affirmative Psychotherapy With Bisexual Women and Bisexual Men*. Haworth Press, Binghamton, NY.
- FRIEDMAN, R.C., DOWNEY, J.I. (1999), "Internalized homophobia and gender-valued self-esteem in the psychoanalysis of gay patients". In *Psychoanalytic Review*, 86, 3, pp. 325-347.
- FRIEND, R.A. (1980), "GAYging: Adjustment and the older gay male". In *Alternative Lifestyles*, 3, 2, pp. 231-248.
- GABB, J. (2004), "Critical differentials: Querying incongruities within research on lesbian parent families". In *Sexualities*, 7, 2, pp. 167-182.
- GABBARD, G.O., ROBERTS, L.W., CRISP-HAN, H., BALL, V., HOBDAV, G., RACHAL, F. (2012), *La professione di psichiatra. Etica, sensibilità, ingegno*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2013.
- GABRIEL, M.A., MONACO, G.W. (1995), "Revisiting the question of self-disclosure: The lesbian therapist's dilemma". In GLASSGOLD, J.M., IASENZA, E.S. (a cura di), *Lesbians and Psychoanalysis: Revolutions in Theory and Practice*. Free Press, New York, pp. 161-172.
- GARTRELL, N.K., BOS, H.M.W., GOLDBERG, N.G. (2011), "Adolescents of the U.S. national longitudinal lesbian family study: Sexual orientation, sexual behavior, and sexual risk exposure". In *Archives of Sexual Behavior*, 40, pp. 1199-1209.
- GERSTNER, D. (2006) (a cura di), *Routledge International Encyclopedia of Queer Culture*. Routledge, New York-London.
- GRAGLIA, M. (2009), *Psicoterapia e omosessualità*. Carocci, Roma.
- GRAGLIA, M. (2012), *Omofobia. Strumenti di analisi e di intervento*. Carocci, Roma.
- GRAHAM, J.R. (2012), *MMPI-2. Assessing Personality and Psychopathology*, 5th ed. Oxford University Press, New York.
- GUIDRY, L.L. (1999), "Clinical intervention with bisexuals: A contextualized understanding". In *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 1, pp. 22-26.
- HARPER, G.W., BRODSKY, A., BRUCE, D. (2012), "What's good about being gay? Perspectives from youth". In *Journal of LGBT Youth*, 9, 11, pp. 22-41.
- HARRIS, J.I., COOK, S.W., KASHUBECK-WEST, S. (2008), "Religious attitudes, internalized homophobia, and identity in gay and lesbian adults". In *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 12, pp. 205-225.
- HATHAWAY, S.R., MCKINLEY, J.C. (1989), *MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*. Tr. it. Giunti-O.S., Firenze, 1995.
- HATZENBUEHLER, M.L., KEYES, K.M., HASIN, D.S. (2009), "State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations". In *American Journal of Public Health*, 99, 12, pp. 2275-2281.
- HATZENBUEHLER, M.L., MCLAUGHLIN, K.A., KEYES, K.M., HASIN, D.S. (2010), "The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: A prospective study". In *American Journal of Public Health*, 100, 3, pp. 452-459.
- HATZENBUEHLER, M.L., O'CLEIRIGH, C., GRASSO, C., MAYER, K., SAFREN, S., BRADFORD, J. (2012), "Effect of same-sex marriage laws on health care use and expenditures in sexual minority men: A quasi-natural experiment". In *American Journal of Public Health*, 102, 2, pp. 285-291.

- HATZENBUEHLER, M.L., PACHANKIS, J.E., WOLFF, J. (2012), "Religious climate and health risk behaviors in sexual minority youths: A population-based study". In *American Journal of Public Health*, 102, 4, pp. 657-663.
- HEREK, G.M. (1990), "The context of anti-gay violence: Notes on cultural and psychological heterosexism". In *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 3, pp. 316-333.
- HERZER, M. (1986), "Kertbeny and the nameless love". In *Journal of Homosexuality*, 12, 1, pp. 1-26.
- HICKS, D.W. (2011), "Case discussion of treatment of an 83-year-old gay white male". In *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15, 4, pp. 392-400.
- HOOVER, E. (1957), "The adjustment of the male overt homosexual". In *Journal of Projective Techniques*, 21, pp. 18-31.
- ISAY, R.A. (1989), *Essere omosessuali. Omosessualità maschile e sviluppo psichico*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1996.
- ISAY, R.A. (1991), "The homosexual analyst: Clinical considerations". In *Psychoanalytic Study of the Child*, 46, pp. 199-216.
- JACOBS, T. J. (1999), "On the question of self-disclosure by the analyst: Error or advance in technique?". In *Psychoanalytic Quarterly*, 68, 2, pp. 159-183.
- KERNBERG, O.F. (1992), *Aggressività, disturbi della sessualità e perversioni*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1993.
- KERNBERG, O.F. (2002), "Unresolved issues in the psychoanalytic theory of homosexuality and bisexuality". In *Journal of Lesbian and Gay Psychotherapy*, 6, 1, pp. 9-27.
- KIMMEL, D.C. (1978), "Adult development and aging: A gay perspective". In *Journal of Social Issues*, 34, 3, pp. 113-130.
- KINSEY, A.C., POMEROY, W.B., MARTIN, C.E. (1948), *Il comportamento sessuale dell'uomo*. Tr. it. Bompiani, Milano 1950.
- KINSEY, A.C., POMEROY, W.B., MARTIN, C.E., GEBHARD, P.H. (1953), *Il comportamento sessuale della donna*. Tr. it. Bompiani, Milano 1955.
- KOHUT, H. (1987), *Seminari*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1989.
- LALLI, C. (2009), *Buoni genitori. Storie di mamme e di papà gay*. Il Saggiatore, Milano.
- LANDOLT, M.A., BARTHOLOMEW, K., SAFFREY, C., ORAM, D., PERLMAN, D. (2004), "Gender non-conformity, childhood rejection, and adult attachment: A study of gay men". In *Archives of Sexual Behavior*, 33, pp. 117-128.
- LANG, M. (2008) (a cura di), *I dieci test che lo psicologo deve conoscere*. Raffaello Cortina, Milano.
- LASALA, M.C. (2010), *Coming Out, Coming Home. Helping Family Adjust To a Gay or Lesbian Child*. Columbia University Press, New York.
- LELI, U. (2002), "The experience of undergoing psychoanalytic training as an openly gay candidate - A personal note". In *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 6, 1, pp. 57-65.
- LELLERI, R., POZZOLI, L. (2010), "La ricerca europea 'Schoolmates'". In PRATI, G., PIETRANTONI, L., BUCCOLIERO, E., MAGGI, M., *Il bullismo omofobico. Manuale teorico-pratico per insegnanti e operatori*. Franco Angeli, Milano.
- LINGIARDI, V. (2006), "La generazione del soggetto". In DIMEN, M., GOLDNER, V. (a cura di), *La decostruzione del genere. Teoria femminista, cultura postmoderna e clinica psicoanalitica*. Prefazione e cura dell'edizione italiana di V. Lingiardi, Il Saggiatore, Milano, pp. 9-21.
- LINGIARDI, V. (2007/2012), *Citizen gay. Affetti e diritti*. Edizione aggiornata con la collaborazione di N. Nardelli. Il Saggiatore, Milano.
- LINGIARDI, V. (2008), "Playing with unreality: Transference and computer". In *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 1, pp. 111-126.
- LINGIARDI, V. (2011a), "Realities in dialogue: Commentary on paper by Stephen Hartman". In *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 4, pp. 483-495.
- LINGIARDI, V. (2011b), Commento a "Il caso Sebastiano (la self-disclosure del terapeuta omosessuale con un paziente omosessuale)" di A. Firetto. In *Psicoterapia e Scienze Umane*, 45 (4), pp. 573-576. Disponibile online: www.psicoterapiaescienzeumane.it/lingiardi-firetto.htm.
- LINGIARDI, V. (2012), "L'omosessualità secondo la psicologia italiana: un viaggio attraverso i pregiudizi, i cambiamenti, le ricerche". Paper presentato al Simposio *Donne e uomini in psicologia: i generi nella ricerca*, Congresso nazionale delle sezioni dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP), Chieti 20-23 settembre.

- LINGIARDI, V., BAIOCOCCO, R., NARDELLI, N. (2012), "Measure of Internalized Sexual Stigma for Lesbians and Gay Men: A new scale". In *Journal of Homosexuality*, 59, 8, pp. 1191-1210.
- LINGIARDI, V., CAPOZZI, P. (2004), "Psychoanalytic attitudes towards homosexuality: An empirical research". In *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 1, pp. 137-158.
- LINGIARDI, V., LUCI, M. (2006), "L'omosessualità in psicoanalisi". In RIGLIANO, P., GRAGLIA, M. (a cura di), *Gay e lesbiche in psicoterapia*. Raffaello Cortina, Milano, pp. 1-72.
- LINGIARDI, V., MADEDDU, F. (2002), *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Raffaello Cortina, Milano.
- LINGIARDI, V., NARDELLI, N. (2007), "Spazio zero. Minority stress e identità omosessuali". In AN-TOSA, S. (a cura di), *Omosapiens 2. Spazi e identità queer*. Carocci, Roma, pp. 3-17.
- LINGIARDI, V., NARDELLI, N. (2008), "La riparazione che danneggia. Gli effetti delle terapie per 'guarire' dall'omosessualità". In *Psicologia contemporanea*, 209, pp. 44-49.
- LINGIARDI, V., NARDELLI, N. (2011), "Psicologi e omosessualità". In *Notiziario dell'Ordine degli Psicologi del Lazio*, 3/2010-1/2011, pp. 17-29.
- LINGIARDI, V., NARDELLI, N. (2012), "Partner relational problem". In LEVOUNIS, P., DRESCHER, J., BARBER, M.E. (a cura di), *The LGBT Casebook*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, London, pp. 223-230.
- MACHOVER, K. (1949), *Personality Projection in the Drawings of the Human Figure*. C.C. Thomas, Springfield, IL.
- MACHOVER, K. (1951), "Drawings of the human figure: A method of personality investigation". In ANDERSON, H.H., ANDERSON, G.L. (a cura di), *An Introduction to Projective Techniques*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, pp. 341-369.
- MAGEE, M., MILLER, D.C. (1996), "Psychoanalytic views of female homosexuality". In CABAJ, R.P., STEIN, T.S. (a cura di), *Textbook of Homosexuality and Mental Health*. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 191-206.
- Mallon, G.P. (2004), *Gay Men Choosing Parenthood*. Columbia University Press, New York.
- MALPAS, J. (2011), "Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender non-conforming children and their families". In *Family Process*, 50, pp. 453-470.
- MALYON, A.K. (1982), "Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men". In *Journal of Homosexuality*, 7, 2, pp. 59-69.
- MAMO, L. (2007), *Queering Reproduction: Achieving Pregnancy in the Age of Technoscience*. Duke University Press, Durham.
- MARKS, L. (2012), "Same-sex parenting and children's outcomes: A closer examination of the American Psychological Association's brief on lesbian and gay parenting". In *Social Science Research*, 41, pp. 735-751.
- MARSHAL, M.P., DIETZ, L.J., FRIEDMAN, M.S., STALL, R., SMITH, H.A., MCGINLEY, J., THOMA, B.C., MURRAY, P.J., D'AUGELLI, A.R., BRENT, D.A. (2011), "Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review". In *Journal of Adolescent Health*, 49, pp. 115-123.
- MARTINI, C.M., MARINO, I. (2012), *Credere e conoscere*. Einaudi, Torino.
- MAYS, V.M., COCHRAN, S.D. (2001), "Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States". In *American Journal of Public Health*, 91, 11, pp. 1869-1876.
- MCDUGALL, J. (1986), "Identifications, neoneeds and neosexualities". In *International Journal of Psychoanalysis*, 67, pp. 19-28.
- MCDUGALL, J. (2001), "Gender and creativity". In *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 5, pp. 5-28.
- MCFARLAND, P.L., SANDERS, S. (2003), "A pilot study about the needs of older gays and lesbians: What social workers need to know". In *Journal of Gerontological Social Work*, 40, 3, pp. 67-80.
- MCHENRY, S.S., JOHNSON, J.W. (1993), "Homophobia the therapist and gay or lesbian client: Conscious and unconscious collusions in self-hate". In *Psychotherapy*, 30, 1, pp. 141-151.
- MENVIELLE, E.J., TUERK, C. (2002), "A support group for parents of gender-nonconforming boys". In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, pp. 1010-1013.
- MESSING, A.E., SCHOENBERG, R., STEPHENS, R.K. (1984), "Confronting homophobia in health care settings: Guidelines for social work practice". In *Journal of Social Work & Human Sexuality*, 2, 2-3, pp. 65-74.

- MEYER, I.H. (1995), "Minority stress and mental health in gay men". In *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1, pp. 38-56.
- MEYER, I.H. (2003), "Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence". In *Psychological Bulletin*, 129, 5, pp. 674-697.
- MEYER, I.H. (2007), "Prejudice and discrimination as social stressors". In MEYER, I.H., NORTHBRIDGE, M.E. (a cura di), *The Health of Sexual Minorities. Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender Populations*. Springer, New York, pp. 242-267.
- MEYER-BAHLBURG, H.F. (2010), "From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions". In *Archives of Sexual Behavior*, 39, pp. 461-476.
- MITCHELL, S.A. (1981), "The psychoanalytic treatment of homosexuality: Some technical considerations". In *International Review of Psychoanalysis*, 8, pp. 63-80.
- MITCHELL, S.A. (1988), *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi. Per un modello integrato*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1993.
- MOSS, D. (2003) (a cura di), *Hating in the First Person Plural. Psychoanalytic Essays on Racism, Homophobia, Misogyny, and Terror*. Other Press, New York.
- NICHOLS, D.S. (2011), *Essentials of MMPI-2 Assessment*. John Wiley & Sons, New York.
- NISSIM MOMIGLIANO, L. (2001), *L'ascolto rispettoso*. Raffaello Cortina, Milano.
- NUSSBAUM, M.C. (2010), *Disgusto e umanità. L'orientamento sessuale di fronte alla legge*. Tr. it. il Saggiatore, Milano 2011.
- OSBORNE, C. (2012), "Further Comments on the Papers by Marks and Regnerus". In *Social Science Research*, 41, pp. 779-783.
- PACHANKIS, J.E., GOLDFRIED, M.R. (2004), "Clinical issues in working with lesbian, gay, and bisexual clients". In *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 3, pp. 227-246.
- PASSI TOGNAZZO, D., BARATELLA, G. (1981), "I contenuti umani alle tavole III e IV del Rorschach in un gruppo di omosessuali maschi dell'Italia Settentrionale". In *Psichiatria Generale e dell'E-tà Evolutiva*, 19, 1, pp. 1-8.
- PAWELSKI, J.G., PERRIN, E.C., FOY, J.M., ALLEN, C.E., CRAWFORD, J.E., DEL MONTE, M., KAUFMAN, M., KLEIN, J.D., SMITH, K., SPRINGER, S., TANNER, J.L., VICKERS, D.L. (2006), "The effects of marriage, civil union, and domestic partnership laws on the health and well-being of children". In *Pediatrics*, 118, pp. 349-364.
- PERRIN, E.C., COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH (2002), "Technical report: Coparent or second-parent adoption by same-sex parents". In *Pediatrics*, 109, pp. 341-344.
- PETERSON, K.J. (1996), "Preface: Developing the context: The impact of homophobia and heterosexism on the health care of gay and lesbian people". In PETERSON, K.J. (a cura di), *Health Care for Lesbians and Gay Men: Confronting Homophobia and Sexism*. Haworth Press, Binghamton, NY, pp. xvii-xx.
- PIETRANTONI, L. (1999), *L'offesa peggiore. L'atteggiamento verso l'omosessualità. Nuovi approcci psicologici ed educativi*. Del Cerro, Pisa.
- PIETRANTONI, L., SOMMANTICO, M., GRAGLIA, M. (2000), "Anzianità impreviste: Una ricerca su omosessualità e terza età". In *Rivista del Servizio Sociale*, 40, 1, pp. 31-42.
- PRATI, G., PIETRANTONI, L., BUCCOLIERO, E., MAGGI, M. (2010), *Il bullismo omofobico. Manuale teorico-pratico per insegnanti e operatori*. Franco Angeli, Milano.
- QUAM, J.K., KNOCH, K., DZIENGEL, L., WHITFORD, G.S. (2008), "Understanding long-term same-sex couples". Poster del College of Education and Human Development, University of Minnesota. Disponibile online: www.cehd.umn.edu/ssw/research/posterpdfs/knochel_poster.pdf.
- QUARANTA, P. (2008) (a cura di), *Omosessualità e Vangelo. Franco Barbero risponde*. Gabrielli editori, Verona.
- REGNERUS, M. (2012), "How different are the adult children of parents who have same-sex relationships? Findings from the New Family Structures Study". In *Social Science Research*, 41, pp. 752-770.
- RENIK, O. (1995), "L'ideale dell'analista anonimo e il problema dell'autodisvelamento". In *Psicoterapia e Scienze Umane*, 34 (1), 2000, pp. 31-60.

- RIGGLE, E.D.B., WHITMAN, J.S., OLSON, A., SCALES ROSTOSKY, S., STRONG, S. (2008), "The positive aspects of being a lesbian or gay man". In *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 2, pp. 210-217.
- RIGLIANO, P. (2001), *Amori senza scandalo. Cosa vuol dire essere lesbica e gay*. Feltrinelli, Milano.
- RIGLIANO, P., CILIBERTO, J., FERRARI, F. (2012), *Curare i gay? Oltre l'ideologia riparativa dell'omosessualità*. Raffaello Cortina, Milano.
- RIGLIANO, P., GRAGLIA, M. (2006), *Gay e lesbiche in psicoterapia*. Raffaello Cortina, Milano.
- RIVERS, I. (2004), "Recollections of bullying at school and their long-term implications for lesbians, gay men, and bisexuals". In *Crisis*, 25, 4, pp. 169-175.
- RIVERS, I. (2011), *Homophobic Bullying: Research and Theoretical Perspectives*. Oxford University Press, New York.
- ROBERTI, L. (2012) (a cura di), *Il test del disegno della figura umana. Manuale pratico per psicologi*. Franco Angeli, Milano.
- ROBERTS, A.L., AUSTIN, S.B., CORLISS, H.L., VANDERMORRIS, A.K., KOENEN, K.C. (2010), "Pervasive trauma exposure among us sexual orientation minority adults and risk of posttraumatic stress disorder". In *American Journal of Public Health*, 100, 12, pp. 2433-2441.
- ROSS, M.W. (1991), "A taxonomy of global behavior". In TIELMAN, R.A.P., CARBALLO, M., HENDRICKS, A.C. (a cura di), *Bisexuality and HIV/AIDS: A global perspective*. Prometheus Books, Buffalo, NY, pp. 21-26.
- ROUGHTON, R.E. (2002), "Being gay and becoming a psychoanalyst: Across three generations". In *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 6, 1, pp. 31-43.
- SCHAFER, R. (1995), "L'evoluzione dal mio punto di vista sulle pratiche sessuali non normative". In AA.VV. (2004), *Il sesso*. Raffaello Cortina, Milano, pp. 39-57.
- SCHUCK, K.D., LIDDLE, B.J. (2001), "Religious conflicts experienced by lesbian, gay, and bisexual individuals". In *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 5, 2, pp. 63-82.
- SCHWARTZ, D. (1993), "Heterophilia – the love that dare not speak its aim". In *Psychoanalytic Dialogues*, 3, 4, pp. 643-652.
- SHAW, L., BUTLER, C., LANGDRIDGE, D., GIBSON, S., BARKER, M., LENIHAN, P., DAS NAIR, R., RICHARDS, C. (2012), *Guidelines and Literature Review for Psychologists Working Therapeutically with Sexual and Gender Minority Clients*. British Psychological Society, Leicester, UK. Disponibile online: http://www.bps.org.uk/sites/default/files/images/rep_92.pdf.
- SHIDLO, A., SCHROEDER, M. (2002), "Changing sexual orientation: A consumers' report". In *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 3, pp. 249-259.
- SPITZER, R.L. (2003), "Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation". In *Archives of Sexual Behavior*, 32, 5, pp. 403-417.
- SPITZER, R.L. (2012), "Spitzer reassesses his 2003 study of reparative therapy of homosexuality". In *Archives of Sexual Behavior*, 41, 4, p. 757.
- TAYWADITEP, K.J. (2001), "Marginalization among the marginalized: Gay men's anti-effeminacy attitudes". In *Journal of Homosexuality*, 42, 1, pp. 1-28.
- THANOPULOS, S., POZZI, O. (2006) (a cura di), *Ipotesi gay. Materiali per un confronto*. Borla, Roma.
- TOOMEY, R.B., RYAN, C., DIAZ, R.M., CARD, N.A., RUSSELL, S.T. (2010), "Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment". In *Developmental Psychology*, 46, pp. 1580-1589.
- VERGHESE, A. (1994), *My Own Country. A Doctor's Story*. Simon & Schuster, New York.
- WEINBERG, G. (1972), *Society and the Healthy Homosexual*. St. Martin's Press, New York.
- WHEELER, W.M. (1949), "An analysis of Rorschach Indices of male homosexuality". In *Rorschach Research Exchange and Journal of Projective Techniques*, 9, 13, pp. 97-126.
- ZUCKER, K.J. (2010), "The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children". In *Archives of Sexual Behavior*, 39, pp. 477-498.